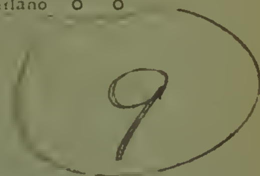
Omaggio dell' Autore

LUIGI MANGIAGALLI Senatore del Regno, direttore dell' Istituto Ostetrico-Ginecologico di perfezionamento di Milano



L'APPENDICITE NEL CAMPO GINECOLOGICO ED OSTETRICO

Estratto dagli Atti della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia. Vol. XVII, 1913.

LUIGI MANGIAGALLI
Senatore del Regno, direttore dell' Istituto Ostetrico-Ginecologico di perfezionamento di Milano

L'APPENDICITE NEL CAMPO GINECOLOGICO ED OSTETRICO



Estratto dagli Atti della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia. Vol. XVII, 1913.



L'APPENDICITE NEL CAMPO GINECOLOGICO ED OSTETRICO

LUIGI MANGIAGALLI

SENATORE DEL REGNO

DIRETTORE DELL' ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI PERFEZIONAMENTO DI MILANO

Egregi Colleghi,

L'argomento del quale mi avete affidato lo svolgimento è sterminatamente vasto, ma voi certo non mi avete chiesto la trattazione monografica sua, ma soltanto l'esposizione critica dei punti più discutibili ed intorno ai quali e il relatore ed ognuno di voi possa portare utilmente il contributo della propria osservazione ed esperienza. La frequenza colla quale l'appendice può essere coinvolta nei processi annessiali. le difficoltà talvolta non lievi della diagnosi differenziale di questi coi processi appendicolari e periappendicolari, la questione, solubile specialmente da parte dei ginecologi, se negli interventi laparotomici l'appendice debba essere sistematicamente rimossa. la eventuale complicanza dell'appendicite colla gravidanza. col parto e col puerperio e gli aspetti affatto speciali che in queste condizioni tale complicanza può presentare, e dal punto di vista genetico e da quello diagnostico e pronostico e operatorio. spiegano l'interesse sempre crescente destato dall'argomento fra i cultori della nostra specialità. Non è per altro la prima volta che l'argomento viene dinanzi a voi. poichè nel Congresso internazionale tenutosi a Roma nel 1902 il prof. Campione presentava su di esso una interessante memoria, ma questa non diede luogo a discussione.

La prima questione degna di studio che a noi si presenta è se nel sesso femminile l'appendicite sia più frequente e se ad essa

eventualmente predisponga la gravidanza, ma come non di rado avviene, le più opposte tesi trovano sostenitori a base di cifre e di argomentazioni. Se io non posso accettare il concetto troppo vago di immunità esposto da Treub, il quale la vorrebbe spiegata con una maggiore resistenza della parete appendicolare intesa nel senso di essere più in grado di combattere vittoriosamente l'agente patogeno dell'appendicite con una più attiva circolazione e con un maggiore potere fagocitario, parmi però, secondo le mie osservazioni fatte in un grande centro e per cinque lustri, che esso sia un po' meno frequente nella donna che non nell'uomo, quantunque sia una questione di difficile soluzione perchè il materiale delle Cliniche e degli Ospedali consta specialmente dei casi operatorii, ma l'appendicite formando come un dominio di confine in cui i ginecologhi e chirurghi dispiegano la loro attività, le statistiche dei chirurghi, che più sono in caso di fare confronti operando nei due sessi, vengono modificate dal fatto che in esse non figurano i casi che il ginecologo opera nel sesso femminile.

Nella donna paiono ad ogni modo agire con minor frequenza quelle cause, ad es., i disordini dietetici, che possono esaltare la virulenza del coli bacillo, e se d'altra parte è più frequente la stitichezza nella donna, sembrano in essa meno frequenti quelle infezioni streptococciche o stafilococciche, che possono dare origine come forma episodica all'appendicite, ove questa si dimostrasse definitivamente dovuta a germi piogeni, come da alcune ricerche moderne si vorrebbe.

Nella donna infine mi sembra più accentuato che non nell'uomo il fatto d'osservazione comune che l'appendicite nelle sue forme gravi vada facendosi più rara col progredire dell'età, probabilmente per una maggior frequenza di quei processi di obliterazione patologici e fisiologici che sono un fatto comune ai due sessi. Mentre infatti io ho operato un discreto numero di appendiciti in giovinette al disotto dei 25 anni, operai eccezionalmente in donne oltre i 35 anni e non ne operai alcuna oltre i 40.

Più interessante è la questione ove si consideri dal punto di vista della influenza che la gravidanza esercita sullo svolgersi dell'appendicite. Egli è certo che per un certo periodo di tempo l'appendicite dovette sfuggire alla diagnosi dell'ostetrico. Non si potrebbe spiegare che con tale ipotesi il fatto che dalle stati-

stiche di Fraenkel di 5:40000, di Rosthorn di 2:27000, di Schauta di 4:34000 si salga a quella di Baldwin che conta 6 gravide sopra 1800 casi, di Treves che ne conta 6 sopra 1000, di Vinneberg 9 sopra 731, di Eiselsberg, infine, che conta 13 gravide sopra 510 donne operate nella sua Clinica. Tali statistiche a dir vero non ci indicano che il rapporto fra gravide e donne fuori dello stato di gravidanza operate di appendicite, ma lasciano però intravedere che l'appendicite possa complicare la gravidanza più di frequente che non si affermasse prima. Ce ne darebbe ad ogni modo la certezza la statistica di Engström, che conta un caso di appendicite sopra cento gravidanze.

Nella mia pratica osservai però l'appendicite in gravidanza molto più di rado, all'incirca una volta sopra cinquecento gravide, tenendo calcolo però anche della pratica privata, il che snatura la statistica essendo l'opera nostra richiesta nella pratica privata specialmente nei casi gravi. Tenendo calcolo solo della Clinica, il procento è molto meno alto, 1 ‰ circa, e ciò potrebbe anche avvalorare l'osservazione di molti che nelle classi agiate l'appendicite sia più frequente che non nelle classi povere.

La frequenza accennata, che può considerarsi anche come media di molti osservatori, difficilmente può far credere ad una azione peculiare della gravidanza sulla genesi dell'appendicite: parrebbe anzi escluderla. Ed invero non hanno grande valore i fattori genetici invocati per ammettere una presunta azione della gravidanza sulla produzione dell'appendicite, non gli spostamenti, cioè, dell'appendice, non lo stiramento eventuale del legamento appendicolo-ovarico, la congestione degli organi pelvici, la facilità dell'intossicazione.

Solo forse la stitichezza, maggiore in gravidanza, potrebbe avere qualche importanza; ma, lo ripeto, l'influenza complessiva deve essere ben lieve, se così di rado si riscontra l'appendicite in gravidanza. Ma esercitano invece la gravidanza ed il parto una azione sfavorevole sul decorso dell'appendicite? Se tale azione sfavorevole deve essere intesa nel senso che la gravidanza per sè, coi suoi fattori biologici, *intensifichi il processo morboso*, io ne dubito: non mi sembrano almeno probativi gli argomenti, come mi sembrano troppo scarsi i fatti portati in campo a sostegno di tale tesi dai suoi fautori, in Francia, ad es., da Hergott, da

Pinard, da Lepage: in Italia da Roncaglia e da Pestalozza. Debbo aggiungere però che Munde, che iniziò lo studio dei rapporti fra infiammazioni appendicolari e stato gravidico, e molti ginecologi americani sono affermativi sulla predisposizione delle donne gravide all'appendicite e sulla gravità speciale che in queste presenta.

Io non potrei ad ogni modo affermarla sulla base della mia esperienza. Vinay scrive pure che nessuna condizione patogenica dell'appendicite trovasi realizzata nella gravidanza. Boije va più oltre e sostiene, con una teoria ripresa da Labhardt, che la gravidanza eserciti una influenza benefica sull'appendicite. Pénard, infine, in uno dei più recenti documenti sulla questione, in una tesi pubblicata nel 1912, sostiene da una parte, e tale idea è da me condivisa, che il più delle volte le appendiciti osservate nel corso della gravidanza sono recidive di attacchi antecedenti, ma dall'altra parte afferma che la gravidanza sia un fattore aggravante dell'appendicite. Mi pare invece assolutamente dimostrato che fattori meccanici insiti nella gravidanza e nel parto possano, nei casi di appendicite acuta, subacuta e cronica, essere causa di gravi accidenti per gli stiramenti, lacerazioni, sia dell'appendice, sia delle aderenze, che possono essere causate sia dall'accrescimento dell'utero in gravidanza, come dalla riduzione sua dopo il parto, come parecchi casi comprovano, quelli, ad es., di Findley e di Marx.

La questione non è indifferente dal punto di vista delle indicazioni terapeutiche, poichè le possibilità accennate costituiscono un argomento, quantunque non perentorio, a favore degli interventionisti in ogni caso di appendicite che complichi la gravidanza, ma tale punto richiederà in seguito più ampia discussione. Ma quale è l'influenza che l'appendicite esercita sulla gravidanza? Confesso come la mia esperienza in proposito non mi conceda di essere pessimista. Il pessimismo più assoluto è rappresentato dalle parole di Fowler: «L'appendicite durante la gravidanza determina un aborto con esito mortale». Ora tale pessimismo non è giustificato. Che l'interruzione della gravidanza avvenga di spesso e di spesso sia accompagnata da morte nei casi di peritonite settica diffusa da perforazione dell'appendice, questo si comprende: l'interruzione è dovuta all'influenza perniciosa della

peritonite settica sulla gravidanza, ma la morte è dovuta non all'aborto ma alla peritonite settica. Deve dunque assolutamente tenersi calcolo della natura del processo. Ad esempio, in nove casi di appendicite da me osservati, complicanti la gravidanza (forme endoappendicolari, forme iperplastiche o adesive, ascessi saccati localizzati) la gravidanza continuò, nei casi operati e non operati : in un decimo caso di appendicite perforativa operata in gravida al 4° mese, la donna morì, e prima della morte si ebbe l'aborto, ma la donna non moriva perchè abortiva, ma abortiva perchè moriva. Prendendo per altro le statistiche compilate coi casi qua e là raccolti nel loro insieme, dobbiamo riconoscere che l'interruzione della gravidanza è frequente, in quella di Boije nel 50.25 %, in quella di Pénard nel 42.1 %. Ma io ho un forte dubbio che tale alto procento sia dato dal fatto che molti casi di appendicite a decorso favorevole, senza interruzione della gravidanza, non vengano pubblicati.

Prima di passare ai problemi terapeutici è necessario che noi esaminiamo quelli diagnostici. Malgrado la ricchezza dei sintomi dell'appendicite acuta o cronica, il clinico può cadere in errore e numerose possono esserne le fonti. Spelissy già 10 anni or sono faceva un quadro impressionante delle alterazioni che erano state disconosciute e prese per appendicite. Oltre alle malattie delle ossa e delle articolazioni e dei muscoli della regione ileosacrale o delle regioni finitime, oltre a nevralgie di diversa natura, si può dire che non ci sia organo addominale che non abbia fornito occasione ad errore, dalle ghiandole linfatiche al peritoneo, dallo stomaco alle diverse sezioni dell'intestino tenue, al crasso, dalla milza al pancreas, ai reni, all'uretere, alla cistifellea ed alle vie biliari.

Per non uscire dall'argomento, io devo limitarmi alle affezioni del campo ginecologico che possono essere confuse coll'appendicite. Landau le aggruppa in quattro categorie :

A) Torsione di tumescenze tubarie o di tumori ovarici.

B) Processi infiammatorii e suppurativi degli annessi.

C) Gravidanza extrauterina.

D) Ovaralgia e retroversoflessione, rene mobile.

È necessario premettere che se esiste un corteo sintomatico prezioso dell'appendicite, per cui riesce molte volte di fare un

diagnostico preciso, pure non esistono segni veramente patognomonici. Non è tale neppure il punto doloroso di Mac Burney. Esso è facile a determinarsi poichè si trova all'intersezione di una linea tratta dalla spina iliaca anteriore superiore destra all'ombelico con una linea verticale lungo il margine esterno del m. retto di destra. La topografia dell'appendice è però così incostante, almeno nel suo riferimento alla parete addominale, che difficilmente possiamo tenerci ad una localizzazione costante di un punto doloroso. Ciò è così vero che il Lanz, ad es., indica un altro punto doloroso meglio rispondente alla topografia dell'appendice e più costante nell'appendicite, e troverebbesi all'unione del terzo esterno di destra col terzo medio di una linea tesa fra le due spine iliache anteriori superiori di destra e di sinistra. Secondo poi le ricerche anatomiche di Obrasztow, mentre negli uomini il cieco rimane un cm. al disopra della linea interspinosa, nella donna il più delle volte la raggiunge e quindi il punto di Mac Burney non potrebbe coincidere colla inserzione dell'appendice. Il dolore alla pressione è dato dalla reazione peritoneale così varia per estensione e per grado; è quindi piuttosto il dolore di una regione che di un punto che noi abbiamo nell'appendicite, ed allora esso perde d'importanza potendo essere dovuto a molteplici cause.

Così il sintomo di Rowsing, il timpanismo della regione epatica, il decubito supino col tronco leggermente ruotato a destra con antiflessione ad angolo ottuso della coscia sul bacino, il restringimento della pupilla sinistra, la stranguria così detta appendicolare, la leucocitosi polinucleare, l'aggravarsi dei sintomi coll'uso dell'olio di ricino, o sono incostanti o possono osservarsi in altre malattie. Anche la sensazione di corda tesa fra la fossa iliaca e la regione inguinale può mancare nell'appendicite, essere presente in altre forme morbose ed accompagnare anche le così dette pseudo-appendiciti. La radiografia può venire in nostro aiuto? In certi casi, scarsi a dir vero, si può ottenere l'immagine radiografica dell'appendice ripiena di bismuto, oppure essa può rendere visibile corpi estranei e concrezioni nell'appendice stessa, ma tali reperti, per altro, non ci dicono ancora se l'appendice sia ammalata o sana.

In un caso recente in cui alla mia diagnosi di reliquati di appendicite ripetutamente recidiva si poteva opporre la diagnosi

di tubercolosi ileocecale, ovvero di neoplasma ileocecale, la radioscopia non valse ad illuminarci.

Nè importanza soverchia può concedersi alla palpazione dell'appendice inspessita più dura e resistente. Molte illusioni si possono avere anche ad un tatto esercitato, nè possono stabilirsi analogie colla tromba poichè, per le alterazioni di questa, noi abbiamo il prezioso ausilio dell'esame combinato che ci permette di determinarne le alterazioni, la forma, la continuazione col corno uterino. Se noi richiamiamo in ogni laparotomia la nostra attenzione sulla sede dell'appendice, ci persuadiamo tosto come debba essere molte volte illusoria la persuasione di avvertire un'appendice inspessita. La palpazione avverte invece facilmente, quando esistano, essudati della regione ileocecale diversi per sede, estensione e consistenza, ma è richiesta anche in tali casi una diagnosi differenziale con altre affezioni. Lo stesso dicasi quando noi ci troviamo di fronte ad una peritonite acutissima, tanto più in ammalate che ci vengono trasportate in Clinica e rispetto alle quali abbiamo notizie anamnestiche monche, incomplete, contradditorie. Ho già lasciato intravedere come non convenga fare la diagnosi diretta di appendicite unicamente sulla base dei sintomi che fanno parte consueta del suo corteo sintomatico, ma come sia necessario il fare in ogni caso l'analisi critica dei sintomi osservati in relazione coll'anamnesi e colle forme morbose che, diverse dall'appendicite, possono presentare gli stessi sintomi. Tale diagnosi differenziale, come del resto nel campo di ogni affezione, può essere circondata da difficoltà quasi insuperabili od essere facile. Volendo pure restare nel campo che mi sono prefisso, rievocando la mia piuttosto estesa esperienza, anche in riguardo alle forme ginecologiche che possono essere scambiate coll'appendicite, credo opportuno dividere i casi di appendicite in tre categorie, le forme acute o croniche endoappendicolari, nelle quali il processo resta circoscritto all'appendice, le forme subacute o croniche con essudati od ascessi periappendicolari saccati, le forme infine di peritonite settica acuta più o meno estesa da perforazione dell'appendice.

Per il primo gruppo, ha importanza decisiva, per la diagnosi differenziale con affezioni ginecologiche, quando esiste, la dimostrazione della integrità degli organi genitali dimostrata col

riscontro addomino-vaginale o addomino-rettale. Non solo in casi da me operati, ma in casi operati da parecchi chirurghi ed in cui era stato richiesto da me l'esame ginecologico, questo diede gli elementi di una diagnosi per esclusione. Eliminata l'affezione ginecologica, non ne segue, naturalmente, che pur essendovi un determinato corteo sintomatico che faccia pensare all'appendicite, questa esista realmente, ma, sgombrato il terreno dalla possibilità di una affezione ginecologica, viene allora opportuna l'analisi critica dei sintomi presentati. E' certo che, tra questi, il dolore ileo-cecale è quello che d'ordinario prevale e più richiama la nostra attenzione; ma che questo possa essere dato non solo dalle più diverse affezioni, ma riscontrarsi anche come espressione sintomatica dell'isteria è dimostrato dall'accettazione comune dell'espressione di pseudoappendicite a indicare casi in cui esiste il dolore per molti riguardi proprio dell'appendicite senza che appendicite vi sia.

La storia dell'appendicectomia dimostra appunto come troppe volte l'appendice sia stata ritenuta responsabile della maggior parte delle affezioni addominali ed anche di sofferenze puramente isteriche. Il ginecologo non può, non deve sottrarsi a quel diagnostico ragionato che sembra più nelle consuetudini del clinico medico, ma che deve essere famigliare con ognuno che voglia notevolmente ridurre le cause di errore. Gli elementi di tale diagnostico ragionato sono numerosi e svariati e dati dall'esame anamnestico, da un esame obbiettivo accurato dell'intiero organismo, non escluso il sistema nervoso. È impossibile raffigurarli in una sintesi, ma non è neppure difficile il raccoglierli quando si abbiano presenti le numerose cause d'errore indicate nel quadro sopraccennato dello Spelissy.

Ritornando alle affezioni ginecologiche, se la esclusione assoluta di lesioni anatomiche o di disordini funzionali degli organi genitali facilita il nostro còmpito diagnostico, questo è circondato da non poche difficoltà quando in questa prima categoria di casi non si possa affermare l'integrità degli organi genitali. Prescindendo dalle forme infiammatorie annessiali che troveranno campo più opportuno di confronti nei casi della seconda categoria, meritano specialmente di essere qui ricordate l'ovaralgia, la dismenorrea, la retroversoflessione mobile.

L'ovaralgia si vorrebbe distinta dal dolore appendicolare, per essere diversa la sua topografia. Così Landau colloca il punto doloroso alla pressione nell'ovaralgia all' incrocio della linea mammillare destra colla linea che unisce le due spine anteriori superiori dell' ileo.

È da osservarsi intanto che tale punto si avvicina e si confonde quasi con quello indicato da Lanz proprio dell'appendicite. Il punto ovarico corrisponderebbe piuttosto, secondo le mie osservazioni, al centro di quello spazio triangolare delimitato dall'arcata crurale, dalla linea pubo-ombelicale e dalla linea che unisce all'ombelico la spina ant. sup. dell'ileo. Devo per altro riconoscere come anche il punto ovarico non abbia, come i punti dolorosi per l'appendicite, quel valore per l'ovaralgia, che ad esso da alcuni si vorrebbe attribuire. È piuttosto da osservarsi che l'ovaralgia è di spesso una stigmata isterica e debbono quindi cercarsi gli altri sintomi che all'isteria sono compagni, le zone di anestesia cutanea e faringea, la limitazione del campo visivo, ecc.

Anche la retroversoflessione mobile (*a fortiori* la fissa) può presentare un corteo sintomatico, dolori sacrali, dolore ileocecale, disturbi urinarii, disturbi riflessi, dismenorrea, diminuita capacità di camminare, dimagramento, gastralgia, che possono essere propri anche dell'appendicite. Qui l'*ex iuvantibus et ledentibus*, la cura protetica ed operatoria, metterà in evidenza l'importanza eventuale dello spostamento nella produzione di sintomi. È intanto evidente che, sospettandosi un'appendicite in unione ad una retroversione, i metodi operativi endoperitoneali che permettono facilmente di allontanare eventualmente l'appendice devono avere la preferenza.

Una parola merita pure la dismenorrea, per quanto sia un disturbo funzionale dovuto a molteplici cause e non una forma morbosa, non essendovi dubbio per osservazioni antiche e recenti che vi possa essere una dismenorrea riflessa a base appendicolare, come, ad es., anche nelle ernie inguinali. Sarà lecito pensare a tale possibilità quando, in mancanza di fatti d'ordine meccanico od infiammatorio che possono far pensare ad una dismenorrea meccanica od organica, esistano d'altra parte, specialmente nell'anamnesi, dei fatti che possono far credere ad una appendicite.

Appartengono a tale categoria non di rado anche i casi di dolore ileocecale nelle donne attempate con atrofia dell'utero e nelle donne che hanno subìto l'annessiectomia, nelle quali l'esame combinato non rileva fatti di peripedunculite.

Che invece la gravidanza ectopica possa essere causa d'appendicite, e che la causa della infezione degli ematoceli debba ricercarsi sempre in una coesistente appendicite, devesi dubitare in base alla mia esperienza. Non si può mettere invece in dubbio che l'appendicite, provocando fatti infiammatorii peritoneali a distanza, possa invece essere causa, oltrechè di gravidanza extrauterina, di numerose alterazioni dei genitali interni, spostamenti dell'utero, retrazione di legamenti, aderenze che imbrigliano gli annessi, reliquati di douglassite che non trovano altre spiegazioni genetiche sufficienti. Così pure la chiusura così detta sierosa dell'orifizio addominale della tromba con conseguente sterilità e colla formazione eventuale di idrosalpingi è non poche volte dovuta a peritoniti d'origine appendicolare anzichè sessuale. Avendo avuto occasione di operare un certo numero di appendiciti gravi in nubili ho potuto constatare *de visu* l'azione perniciosa degli essudati peritoneali da appendicite sugli organi genitali.

Esaminiamo ora i casi della seconda categoria, i casi cioè di appendicite con essudati od ascessi periappendicolari. Nel campo ginecologico sono specialmente le affezioni infiammatorie degli annessi di destra che possono essere scambiate colle forme appendicolari.

Questo, a dir vero, è il campo nel quale la diagnosi differenziale mi parve offrire meno difficoltà. Prescindendo dalla sintomatologia iniziale che può essere all'incirca eguale nei due gruppi di affezioni, prescindendo anche dalla facilità della recidiva che si osserva in entrambi, l'esame anamnestico e l'esame obiettivo conducono quasi sempre ad una diagnosi esatta; la precedenza di una infezione streptococcica o gonococcica, la bilateralità frequente delle affezioni annessiali, i rapporti della tumescenza annessiale colla vòlta vaginale, i rapporti della tumescenza, per mezzo della porzione istmica della tromba, col corno uterino corrispondente, il più delle volte conducono alla diagnosi differenziale, ad una condizione però che l'esame venga fatto sulla narcosi e che non si ometta l'esame per via rettale. I casi

invece associati di periappendicite e d'annessite sono di diagnosi difficilissima, e questa è quasi sempre fatta a titolo di ipotesi probabile. Ricordo un caso molto interessante da me operato sulla base di tale ipotesi, nel quale attacchi di appendicite e di annessite parevano essersi alternati numerosi, diagnosticati contraddittoriamente ora in un modo ora nell'altro. La diffusione in alto dell'essudato nella regione appendicolare in unione ai fatti di annessite constatati coll'esame combinato possono fare sospettare l'associazione. E qui torna appunto interessante il chiederci se in tali processi combinati si tratti di associazioni, talvolta di successioni morbose indipendenti ovvero di processi che si diffondano da un organo all'altro nelle due direzioni.

Come dobbiamo interpretare i casi in cui appendice e annessi di destra sieno coinvolti nello stesso processo? Si ammette una diffusione possibile del processo dagli annessi all'appendice e viceversa. Ma in qual modo dobbiamo intendere tale diffusione? Se noi solleviamo l'appendice ed il cieco, è di spesso, non sempre, dimostrabile una sottile piega peritoneale che dal meso dell'appendice e dalla sierosa adiacente cecale od iliaca va al legamento infundibolo pelvico. È a tale piega che viene dato il nome di legamento di Clado, o di legamento ovaroappendicolare. Gli anatomici sono molto in disaccordo non solo sulla sua struttura, ma anche sulla sua reale esistenza. Il Macnaughton Jones, che fece una inchiesta fra gli anatomici del Regno Unito, ne ebbe risposte sconcordanti. Dagli esami da me praticati *in vivo*, mi pare che la sua possibile esistenza non possa negarsi, esso è però incostante. Quando esiste, molti anatomici consentono contenga vasi linfatici. Per tale via è possibile la trasmissione di un processo nelle due direzioni? Il fatto è possibile, ma non credo avvenga di frequente. Il più delle volte io credo che i processi che involgono annessi di destra ed appendice si diffondano per via della sierosa. È facile comprendere come un processo diffuso al peritoneo, provenga esso dall'appendice o dagli annessi, possa involgere e quella e questi. Tali fatti, a mio avviso, si spiegano con una diffusione per via sierosa e non per via linfatica.

Io ho osservato però altri casi in cui l'appendice pescava, per così dire, in una cavità ascessuale tubarica od ovarica, in una cisti ovarica suppurata, una volta persino in un tumore sottosieroso

uterino con vasta necrosi, cosicchè il suo contenuto era rappresentato da una poltiglia purulenta e sanguinolenta fetida. Ma anche tali casi non mi sembrano di difficile spiegazione. In quelli almeno da me osservati trattavasi di processi di origine sessuale, per cui la parete ascessuale, dapprima aderente alla appendice, si è poi usurata, includendola, non altrimenti di quanto avviene per l'apertura di sacche marciose nell'intestino, nella vescica, ecc. Più semplice è ancora la spiegazione dei casi in cui un'appendice lunga trovasi come circondata dal sangue di un ematocele da gravidanza extrauterina. Anche quando, in tali circostanze, l'ematocele sia infetta, non credo, come si vuole da taluni, che l'infezione si deva ad una concomitante appendicite.

Io credo dunque che quando si trovino associati processi di periappendicite e periannessite sotto forma di aderenze, possa invocarsi una diffusione in entrambe le direzioni, mentre invece si tratti di vere associazioni o successioni morbose autonome quando abbiamo fatti estesi e gravi di appendicite e periappendicite, di annessite e periannessite.

Ma veniamo ai casi di appendice perforativa con peritonite diffusa. Anche qui la diagnosi differenziale non mi pare circondata da grav. difficoltà. Quali sono le affezioni d'indole ginecologica che possono eventualmente andare con essa confuse? Si annoverano fra esse specialmente la rottura della tuba gravidica, la torsione acuta di cisti ovariche o di tumescenze tubariche, la rottura di un piosalpinge, di un ascesso ovarico, di un piocele retrouterino.

Certo se noi restiamo al quadro sintomatico culminante della rottura della tromba gravidica (destra), noi possiamo trovare una certa analogia con quello dato da una perforazione dell'appendice. Nell'uno o nell'altro caso noi possiamo avere un dolore acuto nella fossa iliaca destra, irradiazioni dolorose al sacro ed alle coscie, malessere, vomito, stitichezza, sintomi di pseudo-ileo, dolorabilità del ventre, meteorismo, polso piccolo, sudori freddi, perfrigerazione delle estremità. Ma nella rottura della sacca gravida, abbiamo i sintomi gravidici, la perdita di sangue dai genitali l'eventuale espulsione di una decidua, il pallore estremo della pelle e delle mucose, la dimostrazione eventuale di versamento nel cavo peritoneale, la modificazione di forma della vòlta

vaginale posteriore, la rapida alterazione delle qualità del polso con alternativa di maggiore o minore frequenza, di maggiore o minore pressione, la sete viva, l'acetonuria, l'evidente contrasto della frequenza del polso colla temperatura di frequente abbassata all'ascella ed al retto, mentre nell'appendicite perforativa colla perfrigerazione periferica contrasta l'aumento della temperatura nel retto.

Anche nella torsione acuta di tumescenze ovariche o tubarie possiamo avere una sintomatologia generale che arieggia quella della peritonite da perforazione, ma i fenomeni di questa nell'appendicite si mostrano da 24 a 48-72 ore dall'inizio del male dopo un periodo di sofferenze acute alla fossa iliaca destra, accompagnate da alta febbre, invece nella torsione il dolore insorge acutamente senza precedenza di febbre o di sofferenze, è dolorosa la pressione alla vòlta vaginale, e malgrado il meteorismo e la dolorabilità addominale è quasi sempre dimostrabile la tumescenza anche con un esame superficiale.

Più difficile e talvolta impossibile è la diagnosi differenziale nei casi di rottura di piosalpinge, di ascesso ovarico, di piocele retrouterino. Essa sarà possibile quando si conosca la storia esatta dell'ammalata, e meglio se si è seguita la malattia in tutte le sue fasi, poichè la perforazione nei casi di appendicite avviene di solito nei primi giorni dall'insorgenza della malattia, mentre negli altri casi accennati la perforazione avviene dopo un lungo periodo di sofferenze, nel quale è nettamente delineata la fisionomia clinica dell'affezione ginecologica.

Ciò nella pratica privata, ma la cosa è differente nelle ammalate portate in Clinica in condizioni gravissime, con fenomeni evidenti di una peritonite da perforazione.

La mancanza di notizie accurate, l'imminenza del pericolo stesso tolgono anche la possibilità di una analisi critica di tutti gli elementi diagnostici, s'impone come *extrema ratio* il rapido intervento, e nei casi discretamente numerosi nei quali io o i miei aiuti abbiamo dovuto intervenire, in simili circostanze riscontrammo le più svariate condizioni morbose, dalla perforazione di un'ulcera tifosa alla perforazione dell'appendice, alla rottura di un piosalpinge, alla rottura di una cisti suppurata o alla rottura di ascessi parametrali o paracistici. Se la cisti rotta era volumi-

nosa, il liquido espanso darà segni evidenti della sua presenza alla percussione, ma è però a ricordarsi che anche in casi di appendicite perforativa, se la perforazione non è recentissima e l'ammalata sopravvive alla perforazione, si possono avere notevoli raccolte saccate. Ad esempio, in una operata recente in primo tempo colla colpoceliotomia posteriore estrassi 800 gr. di marcia, mentre colla laparotomia addominale in secondo tempo allontanai l'appendice gangrenata, contenuta a sua volta in una piccola raccolta saccata pericecale.

Il problema che ora si affaccia è se la gravidanza aumenti le difficoltà del nostro diagnostico. Anche qui seguiremo la stessa divisione clinica. Nei casi di endoappendicite nei quali il sintoma prevalente è il dolore permanente o sotto forma di coliche intermittenti, la diagnosi è in genere più facile, non fosse altro perchè restano forzatamente escluse alcune affezioni che allo stato di vacuità dell'utero possono simulare o mascherare l'appendicite, quali alcune forme dismenorroiche, la retroversione uterina; l'ovaralgia stessa è rara secondo la mia esperienza nella gravidanza: essa è di solito una stigmata isterica ed associata ad altre stigmate di eguale natura.

Anche nelle forme essudative periappendicolari la diagnosi mi pare anzi, contro l'avviso quasi comune, più facilitata dalla gravidanza. Affezioni annessiali unilaterali complicanti la gravidanza certo possono esistere, ma se non posso andare fino all'affermazione che le affezioni unilaterali di destra, presunte annessiali, sieno tutte appendicolari, certo lo sono di frequente. La gravidanza invece, secondo quanto io ho osservato, parmi renda più difficile la diagnosi differenziale colla pionefrosi chiusa e colla colelitiasi con eventuale empiema della cistifellea. Se la gravidanza è alquanto avanzata, se mancano i reperti delle urine nel primo caso, l'ittero nel secondo, la distensione dell'utero o la dolorabilità del ventre rendono singolarmente difficile l'esame. È noto d'altra parte come gli epatici, oltre che hanno un fegato grosso e una intossicazione cronica d'origine epatica, sono di frequente degli appendicolari; è noto anche come la così detta forma sottoepatica dell'appendicite, dovuta alla topografia di questa o ad ascessi sottoepatici di origine appendicolare, possano anche in condizioni ordinarie, e nella donna fuori dello stato di

gravidanza e nell'uomo, andar confusi con la colelitiasi. L'anno passato ho operato, ad esempio, una donna gravida di sette mesi circa, con vasta raccolta che occupava l'ipocondrio destro e scendeva fino alla fossa iliaca destra; ebbi qualche dubbio diagnostico coll'esame obbiettivo e solo la storia accurata della paziente, la precedenza di coliche epatiche ben descritte dall'ammalata, la presenza dell'ittero mi permisero la diagnosi differenziale. Operata, estrassi più di mezzo litro di marcia con molti calcoli biliari. In questo caso era curioso il fatto che la vescicola biliare aveva contratto aderenze col fondo uterino, scivolando poi a destra col resto della sacca. L'ammalata guarì e la gravidanza andò a termine con parto felice.

Anche la pionefrosi chiusa destra può talvolta far pensare ad una appendicite, tanto sono vive le irradiazioni dolorose alla fossa iliaca e la dolorabilità e tensione della regione addominale corrispondente, per cui e per questa e per l'ingombro dell'utero gravido, una palpazione esatta riesce quasi impossibile. Il dolore alla pressione, la tensione alla regione lombare sono ad ogni modo sintomi di grande valore per la diagnosi differenziale.

Quanto alla peritonite diffusa da perforazione dell'appendice, il cerchio delle possibilità va restringendosi in gravidanza; la rottura di un piovario, di un piosalpinge, di un piocele retrouterino sono fra le eventualità più improbabili. Invece è resa più facile dalla gravidanza la torsione di tumori ovarici, e non è esclusa la possibilità di una perforazione d'ulcera tifosa, e si aumenta la probabilità della rottura di una cisti suppurata. Tutte queste eventualità ebbi ad osservare operatoriamente, e perforazione di appendice e rottura di cisti suppurata e perforazione di ulcere tifose, poichè in alcuni casi l'esame clinico non era riuscito ad un diagnostico preciso.

Anche qui la diagnosi sarà più o meno facile secondochè si conosca o meno la storia esatta della malattia nel suo decorso. Per la rottura di cisti suppurata o no, se questa è voluminosa, la dimostrazione di una ottusità riferentesi al liquido espanso, parla a favore di una rottura di cisti se il caso è recente, poichè se il caso non è di recente data e l'ammalata ha sopravvissuto alla perforazione dell'appendice possono aversi raccolte saccate ragguardevoli.

In puerperio, la diagnosi è sempre circondata da difficoltà non lievi, superiori di certo a quanto si verifica non solo fuori di gravidanza, ma anche nello stato di gravidanza. Dolori o coliche appendicolari possono facilmente sviare la nostra attenzione e lasciarci credere a sofferenze annessiali. La sede alta degli annessi toglie valore alla topografia dei dolori, ed anche il reperto vaginale non ha quell'importanza che ha fuori dello stato gravidico, per cui anche essudati ed ascessi appendicolari possono andare confusi con essudati ed ascessi periannessiali. La possibilità di una infezione puerperale domina il clinico e rende difficile il diagnostico. Treub descrive casi di parametrite puerperale che presentano un corteo sintomatico per cui, a mio avviso, si può affermarne l'origine appendicolare. Secondo Treub il legamento largo avrebbe quasi l'ufficio di scaricare i prodotti infiammatorii e bacterici dell'appendicite dando origine ad una infiltrazione, ad un edema infiammatorio del legamento largo, ed egli assegnerebbe a tali parametriti un decorso speciale: inizio a destra, consistenza durissima dell'essudato, avvolgimento del collo uterino a guisa di ferro di cavallo da parte dell'essudato per la sua rapida diffusione a sinistra, mancanza di suppurazione, assorbimento rapido con resistenza più a lungo del nodo essudativo primitivo a destra. In base alla mia esperienza clinica, operatoria ed anatomica, io dovrei schierarmi contro tale seducente descrizione. Il così detto flemmone a ferro di cavallo l'osservai più volte, indipendentemente affatto dall'appendicite.

Anche nei casi di peritonite settica diffusa, la sua dimostrazione da una appendicite perforativa è pure accompagnata da difficoltà grandissime. Il subito insorgere, l'anamnesi, la localizzazione primitiva delle sofferenze a destra, l'unilateralità dell'affezione, tanto nei casi della seconda che della terza categoria, sono sintomi di valore, ma non assoluti.

Gli esami bacterioscopici dei lochi e l'eventuale dimostrazione della mancante virulenza degli streptococchi tolti dalla cavità uterina potrebbero darci un segno negativo importante. Più volte nel campo puerperale si osservano ascessi localizzati nella fossa iliaca destra superficiali e profondi, senza che sia dato dimostrarne la continuità, per mezzo di focolai scaglionati dalla fossa iliaca al piccolo bacino, coll'utero, la cui infezione ne sarebbe

stato il punto di partenza. Ma poichè ascessi aventi tali caratteri si osservano con eguale frequenza anche a sinistra, ciò toglie valore all'ipotesi che essi possano essere di origine appendicolare. D'altra parte l'esame clinico, l'intervento chirurgico, gli esami fatti dopo di questo, talvolta l'esame anatomico mettono in evidenza che tali ascessi della fossa iliaca sono il più delle volte secondarii ad annessiti, per aderenza degli annessi al peritoneo parietale e passaggio attraverso di questo della infezione.

Dal punto di vista diagnostico, è da osservarsi infine come nel corso della operazione l'appendice potrebbe essere eventualmente confusa col diverticolo di Meckel residuo del dotto onfalo-mesenterico, e che può pure, per penetrazione di corpi stranieri, infiammarsi ed ulcerarsi, con sintomi simili a quelli dell'appendicite. Esso si trova nell'adulto circa ad un metro della valvola ileocecale, nel neonato a circa 30 cm.: ma può trovarsi molto vicino al cieco. Ad ogni modo esso proviene sempre dall'ileo e più di frequente dal suo margine libero.

Questi sono i punti principali sui quali intesi di richiamare la vostra attenzione rispetto al diagnostico. Riassumiamo ora i problemi terapeutici. Essi sono varii ed importanti e solo una pratica estesa potrebbe raffigurarli e tentarne una soluzione. A quale incisione dobbiamo noi dare innanzi tutto la preferenza? Quale è il procedimento da seguire nell'appendicectomia? In quali circostanze dobbiamo aggiungere l'appendicectomia alla laparotomia fatta per altre indicazioni?

Quale è infine la condotta che noi dobbiamo tenere nei casi in cui l'appendicite complica la gravidanza?

Quasi tutti consentono che nell'appendicectomia di proposito deliberato l'incisione cada nel quadrante inferiore destro, quantunque poi cambi notevolmente la sua direzione a seconda degli operatori. Sono infatti pochi i partigiani dell'incisione mediana, e fra questi il Véron, che in una sua tesi recente pare inspirarsi all'opera di Pozzi. Se è vero che l'apertura del ventre sulla linea mediana è la più semplice, non è esatto che con essa si trovi l'*appendice così facilmente* come per la via laterale. Nelle nullipare, nelle donne a pareti adipose, a muscoli retti rigidi, quando l'appendice è aderente o sepolta in essudati, quando l'appendice è retroperitoneale, la ricerca è certo meno facile. Colla incisione nel

quadrante destro è reso poi incomparabilmente più facile ed efficace il drenaggio tubolare o con stoppini, e si rende possibile ed agevole l'applicazione eventuale del fazzoletto di Mikulicz; si cade il più delle volte direttamente sull'organo da asportarsi, si proteggono meglio le anse intestinali dal loro eventuale inquinamento per versamento di liquidi. L'obbiezione in apparenza più formidabile è che colla incisione mediana si dominano meglio gli organi genitali interni in tutta la loro estensione e si rende più facile la loro eventuale demolizione totale o parziale. L'esperienza mi dimostra che anche colla incisione nel quadrante inferiore destro si può ottemperare a tutte le indicazioni accennate. Ma quale incisione merita la nostra preferenza? Due criteri debbono guidarci, uno anatomico, l'altro clinico. Quello anatomico deve prefiggersi di turbare il meno possibile i rapporti normali; quello clinico di avere un campo operatorio sufficiente per farsi strada non solo all'appendice, ma alle sue complicanze ed *alle sue associazioni morbose, specialmente da parte dei genitali interni*. Si comprende che io faccio astrazione dai casi in cui una raccolta marciosa notevole, evidente, indica la strada da percorrere. In questi casi è l'evacuazione della raccolta che determina la scelta della direzione della incisione. Mentre nei casi di semplice appendicectomia per endoappendicite, senza complicanza, è preferibile l'incisione di Mac. Burney, una serie recente di casi mi fece più propendere per l'incisione all'esterno del m. retto di destra ed a questo parallela ogni qualvolta vi siano e si sospettino estese alterazioni periappendicolari e s'intenda dominare anche per ogni eventualità i genitali interni. Noi abbiamo con essa tutti i vantaggi dell'incisione mediana e tutti i vantaggi delle incisioni parallele all'arcata crurale. La incisione laterale con piccole differenze fu specialmente consigliata, e pare indipendentemente l'uno dall'altro, da Battle, da Kammerer, da Jalaguier e da Lenander. Il vantaggio di tale incisione sta, lo ripeto, nella facilità di accesso ai genitali interni: pur conservando i vantaggi di facile ricerca dell'appendice, propri dell' incisione parallela all'arcata crurale, ha infine quella notevole di evitare quasi certamente ernie post-operatorie.

Con tale incisione io sono riuscito non solo ad asportare gli annessi dello stesso lato, ma anche gli annessi dell'altro lato, una

cisti ovarica pure del lato opposto e ad eseguire una amputazione sopravaginale di un utero fibromiomatoso. Non havvi dunque dubbio che essa possa dare il più largo accesso agli organi genitali. L'incisione, pure avendo la stessa direzione, deve avere naturalmente estensione diversa. a seconda dei casi. Alcuni particolari anatomici devono essere ricordati perchè la nostra tecnica sia precisa. L'incisione deve incidere la guaina del m. retto nel suo margine esterno, affinchè il muscolo possa con un retrattore essere eventualmente spostato verso la linea mediana e venga scoperta al punto d'ingresso nella guaina del retto l'arteria epigastrica inferiore, la quale di solito è rispettata e solo spostata all'interno, ovvero recisa fra due legature. È necessario quindi ricordare il modo col quale le aponeurosi del m. grande obliquo, del m. piccolo obliquo, del m. trasverso si comportano rispetto al m. retto.

L'aponeurosi del grande obliquo passa tutta al davanti del m. retto, l'aponeurosi del piccolo obliquo si sdoppia in corrispondenza del margine esterno del m. retto, ma solo nei quattro quinti superiori, in due foglietti, dei quali, l'anteriore passa al davanti del m. retto, fondendosi coll'aponeurosi del grande obliquo, il posteriore al di dietro di esso, mentre nel quinto inferiore, non sdoppiata, passa intieramente al davanti del m. retto : l'aponeurosi del m. trasverso nei suoi quattro quinti superiori passa al di dietro del m. retto fondendosi col foglietto posteriore dell'aponeurosi del piccolo obliquo, mentre col suo quinto inferiore passa al davanti del m. retto e si fonde colle aponeurosi del grande e del piccolo obliquo. Ne segue dunque che la guaina del m. retto è diversamente costituita; anzi nel suo 5° inferiore essa è incompleta poichè sulla sua faccia posteriore non presenta aponeurosi, mentre la sua parte anteriore è costituita dall'aponeurosi del grande obliquo, dall'aponeurosi non sdoppiata del piccolo obliquo, dall'aponeurosi del trasverso. Nei suoi quattro quinti superiori invece la guaina è completa. Essa è formata all'avanti dall'aponeurosi del grande obliquo, dal foglietto anteriore dell'aponeurosi del piccolo obliquo, all'indietro dal foglietto posteriore del piccolo obliquo e dall'aponeurosi del m. trasverso. Tale disposizione ha importanza, prima dal punto di vista della sutura, poi dal punto di vista di una disposizione vascolare importante a conoscersi rispetto all'a. epigastrica inferiore.

Voi sapete che al margine inferiore, concavo al basso, della porzione di aponeurosi del trasverso che passa all'indietro del m. retto, viene dato il nome di piega semilunare di Douglas, che noi troviamo all'incirca a 10 cm. dal pube. Ora l'a. epigastrica inferiore entra nella guaina del retto in corrispondenza della piega semilunare di Douglas; essa entra, cioè, nella guaina del retto senza perforare piani fibrosi, data la disposizione delle aponeurosi rispetto al m. retto. Essa è rappresentata nel suo decorso ascendente da una linea che dal 3° interno dell'arcata di Poparzio va al bellico. Nell'incisione al margine esterno del m. retto, incisa dunque la pelle, il cellulare sottocutaneo, le lamine aponeurotiche che fuse scorrono al davanti del retto, noi ci troviamo nella parte inferiore nel dominio dell'a. epigastrica, mentre superiormente noi abbiamo ancora da incidere la lamina aponeurotica rappresentata dalla fusione del foglietto posteriore dell'aponeurosi del piccolo obliquo e dall'aponeurosi del trasverso. La figura, che devo alla gentilezza del dott. Comolli, aiuto della cattedra di anatomia clinica di Milano, vi dimostra i rapporti dell'a. epigastrica inferiore.

Quanto ai particolari tecnici dell'appendicectomia, mi limiterò ad indicare la pratica che io seguo.

Liberata eventualmente l'appendice dalle sue aderenze, la prima cura è di assicurare l'emostasi del mesenteriolo dell'appendice, irrorata dall'a. appendicolare, ramo dell'a. ileo-colica. Questa figura, pure appartenente all'Istituto anatomico di Milano, vi illustra i più minuti particolari. Noi vediamo che prima della distribuzione terminale noi abbiamo tre anse vascolari; di esse la superiore si dirama anche al cieco.

Tale rapporto è, si può dire, costante. Il laccio che assicura l'emostasi deve rispettare tale ansa vascolare onde non compromettere in alcun modo l'irrorazione arteriosa del cieco. Il laccio deve passare tra la prima e la seconda ansa e quindi un colpo di forbice libera l'appendice dal suo mesenteriolo. A 3 cm. circa al disopra della inserzione dell'appendice al cieco io incido il rivestimento sieroso, lo scollo sino alla inserzione del cieco. Tale scollamento riesce il più delle volte facile: stringo allora con un laccio di seta la tonaca muscolare e mucosa sui limiti del risvolto della sierosa ed applicato un piccolo klemmer un cm.

circa al disopra, recido l'appendice col Paquelin. Sul monconcino muscolo-mucoso riduco il manicotto sieroso chiudendolo con alcuni punti di seta finissima e il monconcino così ottenuto lo innicchio con altra sutura siero-sierosa nella parete del cieco. Può darsi, per altro, che per alterazioni notevoli della parete non sia possibile lo scollamento della sierosa. Allora schiaccio l'appendice alla sua origine fra due piccoli Klemmer, sostituisco quello prossimo al cieco con un filo di seta, recido col Paquelin e innicchio il monconcino nella parete cecale. Può darsi anche che ciò non sia possibile per alterazione del cieco, ovvero che si sospetti una virulenza eccezionale del monconcino.

In tali casi io mi sono servito alcune volte di un processo che ho chiamato di esteriorizzazione del moncone, e che ho applicato anche in casi estranei all'appendicectomia. Con un occhiello nel peritoneo parietale, che poi chiudo con sutura sul moncone stesso, porto il monconcino nel cellulare sottosieroso, creando quindi una garanzia maggiore nel caso che il monconcino fosse punto di partenza di una infezione settica. Tale esteriorizzazione, che ho applicato anche in altri campi, ad esempio per la tromba e per l'ovaio in casi di salpingotomia, quando sia sospetto il contenuto tubario, o per i legamenti rotondi in un processo che adopero da tre anni ma che non ho ancora reso di pubblica ragione, partendo, si capisce, da altro concetto che non sia quello di rendere meno dannosa una eventuale infezione, mi ha dato ottimi risultati e nessun inconveniente. In un caso, ad esempio, di esteriorizzazione sottoperitoneale del monconcino residuo all'appendicectomia ebbi una gravidanza seguita da parto felice.

In un altro caso ebbi invece la comprova della bontà dell'accorgimento, perchè il moncone, che non potevasi innicchiare nel cieco perchè quasi privo di rivestimento sieroso in seguito a scollamento di molte aderenze, fu il punto di partenza di un ascesso e mi bastò incidere la cute e lo strato muscolo-apeneurotico. Debbo infine accennare anche alla bontà dell'accorgimento di Kelly, che ebbi ad attuare in un caso e che consiste, quando l'appendice sia aderentissima e fusa coi tessuti circostanti, di incidere sierosa e muscolare e snucleare il tubo mucoso. La tecnica sopradescritta è quella che io applico nei casi in cui l'operazione è limitata alla amputazione dell'appendice, e in tali casi è inutile ogni

drenaggio. Quando si tratti di ascessi e la loro sede può essere diversissima e dal punto ginecologico debbo richiamare l'attenzione sulla frequenza delle raccolte nello spazio di Douglas, pratico, a seconda dei casi, il drenaggio con tubetto di gomma, con una *mèche* di garza, collo zaffamento.

Quando poi l'appendice fosse tenacemente adesa agli annessi, chè se le aderenze sono lasse basta il loro distacco, anche se l'appendice è sana separo gli annessi e quindi pratico l'appendicectomia, lasciandola aderente agli annessi.

Quanto alla posizione da darsi alla operanda, quella di Trendelenburg facilita notevolmente l'operazione se l'appendice è libera o semplicemente aderente, ovvero quando si dubita di dover intervenire sugli organi pelvici. Le anse del tenue ricadono verso il diaframma e a sinistra e il cieco e l'appendice restano, per così dire, isolati nel campo operatorio, ovvero se esistono aderenze del tenue, esse sono messe meglio in evidenza. Quando l'operazione si propone sopratutto di evacuare raccolte marciose periappendicolari, si lascia all'operanda la posizione orizzontale. In questi casi l'incisione è subordinata, come dissi, alla sede della raccolta e si pratica di solito in modo rispondente al grande asse di questa. Ma come comportarci nella terza categoria di casi quando ci troviamo di fronte ad una peritonite estesa in via di generalizzarsi, dovuta ad una appendicite perforativa?

È solo in questo caso che io do la preferenza alla incisione mediana piuttosto estesa che superi di qualche cm. il bellìco girandolo a sinistra; ma in questi casi noi non tendiamo solo alla esportazione dell'appendice, ma alla peritonite, a svuotare le raccolte qua e là disseminate e talvolta nel modo più capriccioso, e ciò è talvolta pressochè impossibile senza una incisione che dia largo accesso a tutta la cavità peritoneale.

In ordine al tecnicismo operatorio, due questioni qui si presentano: quella della lavatura peritoneale e quella del drenaggio. Sulla prima questione il consenso è ormai universale; le lavature peritoneali sono inutili, anzi perniciose. È tuttora argomento di discussione il drenaggio. Escluso nelle forme di endoappendicite iperplastica adesiva, esso trova, a mio avviso, evidente indicazione nelle altre due serie di casi, quando cioè si tratti di raccolte ascessuali estese includenti o meno l'appendice, e nelle quali l'epo-

razione si riduce di spesso ad una incisione evacuativa di un ascesso incapsulato con allontanamento o meno dell'appendice necrosata o quando si tratti di peritonite diffusa con tendenza a generalizzarsi. Nel primo caso evacuata la marcia, allontanata eventualmente l'appendice se trovasi nella sacca stessa, io sono solito toccare la parete e il fondo della sacca con un batuffolo intriso di alcool a 60° e timolo all'1 %, tamponando poi o con garza sterile o con garza al vioformio. Nel secondo caso, la topografia diversa e lontana dei molteplici focolai ci costringe il più delle volte a drenaggi multipli; e mi servo in tali casi di tubi di gomma o di *mèches* di garza, facendo convergere i tubi verso l'incisione mediana e spingendo un po' di garza negli interstizi dei tubi. È questo il trattamento da me usato di tutte le peritoniti qualunque sia la loro origine, e di rado ho trovato l'opportunità di perforare la parete lombare per dar passaggio al tubo di drenaggio. Con tale pratica ho avuto risultati così buoni in casi che mi parevano assolutamente disperati che difficilmente mi deciderei ad abbandonarla. Devo per altro accennare che la campagna contro il drenaggio si è in questi ultimi tempi spinta alla esclusione sua anche nei casi di peritonite settica diffusa dovuta all'appendicite perforativa.

L'esclusione del drenaggio è stata dapprima applicata alle peritoniti da perforazione gastrica o duodenale, ma poi sopratutto alla peritonite appendicolare e trovò applicazione nelle osservazioni riportate da Témoin nel 1905, da Hotchkins nel 1906, da Blake nel 1907, da Toreeck e da Stirling nel 1908 e sopratutto l'anno passato dallo svedese Bauer chirurgo di Malmö che esponeva nell'*Archiv. f. Klin. Chir.* una statistica personale di 67 casi tutti trattati colla riunione primitiva e che avevano dato 62 guarigioni e 5 morti. Certo non tutti i casi appartengono forse alla categoria da me indicata, ma sta il fatto che in 33 casi l'appendice era perforata, in 21 casi si trattava assolutamente di peritonite diffusa e negli altri il pus occupava la fossa iliaca di destra e il piccolo bacino, ma senza membrane che lo incapsulassero.

I risultati sono veramente sorprendenti e lasciano pensosi e dubbiosi sulla opportunità del drenaggio anche in simili casi, ma io confesso che non saprei decidermi a seguirne l'esempio,

tanto mi paiono evidenti le ragioni a favore del drenaggio e destituti quasi di fondamento gli argomenti contro di questo. Ma non è la questione generale del drenaggio, il quale del resto giustamente è limitata a pochi casi, che noi dobbiamo discutere, quantunque per necessità di cose io doveva almeno accennarla, e sarà utile del resto conoscere anche su questa, e limitatamente all'appendicite, il vostro autorevole avviso.

Due questioni, perchè la mia rapida rassegna sia il meno incompleta possibile, dobbiamo ancora affrontare. Dobbiamo in ogni caso di intervento laparotomico per altre indicazioni esportare metodicamente l'appendice? Quali modificazioni deve eventualmente subire il tecnicismo operatorio quando l'appendicectomia sia richiesta nel corso della gravidanza?

Rispetto alla prima questione ho già espresso altrove il mio avviso e non ho avuto ragione di mutarlo. È inutile allo scopo che ci proponiamo il portare in campo delle statistiche per dirvi chi la esporti metodicamente e chi no. Tale inchiesta è stata fatta dal Macnaughton Jones, e voi potete consultare il suo lavoro. Egli riporta anche la mia opinione insieme a quella di molti operatori d'Europa e d'America, quale favorevole, quale contraria alla metodica asportazione dell'appendice nel caso dell'intervento laparotomico per altre indicazioni, ed aggiunge che la pratica ordinaria dei clinici di Londra è di non asportare l'appendice ammenochè sia abnorme o ammalata. Quale argomento, infatti, si può portare in campo da coloro che sostengono l'opportunità di asportare l'appendice, sia pure sana, in ogni caso d'intervento laparotomico? La possibilità di ammalarsi di appendicite, possibilità che può sembrare una probabilità, è grande, se noi teniamo presente la frequenza notevole delle alterazioni dell'appendice. Tale frequenza viene desunta però dalle alterazioni istologiche rilevate dall'esame metodico dell'appendice nelle sezioni anatomiche di ogni cadavere, ma esse hanno all'incirca egual valore delle aderenze, degli opacamenti così frequenti delle pleure e ne hanno uno minore della frequenza anatomica della tubercolosi, per cui ogni uomo, si può dire, è anatomicamente tubercoloso. Ma lo è clinicamente? Malgrado la frequenza delle alterazioni istologiche dell'appendice, migliaia e migliaia di persone non hanno mai presentato fenomeni di appendicite, e sarebbe

strano se noi nel caso di ogni laparotomia dovessimo asportare un organo, sia pure inutile, per tema che si ammali. È facile vedere le stravaganti conseguenze alle quali ci condurrebbe l'applicazione di un tale principio. E ciò affermo quantunque convinto che l'appendicectomia di complemento non aggravi per nulla il pronostico dell'operazione fondamentale, tanto è rapida e semplice, ma devo insorgere contro la tendenza così nociva in clinica a sistematizzare. Si aggiunga – e l'argomento mi pare validissimo – che in molte e molte centinaia di laparotomizzate non mi è mai occorso di essere chiamato dopo per fenomeni di appendicite.

La sua occorrenza deve essere quindi in donne laparotomizzate per altre indicazioni senza dubbio rara, e non è perciò, a mio avviso, giustificata l'ablazione metodica dell'appendice in ogni laparotomia. Noi abbiamo però dovere di esaminarla *in ogni caso* e di esportarla ogniqualvolta ci appaia evidentemente ammalata. Qui naturalmente non è facile il decidere e non tutti i criteri per giudicarla tale sono perentorii. Prendiamo ad esempio i calcoli fecali. Essi sono facilissimi a sentirsi, ma sono essi un segno indubbio di appendicite? Aschoff nel suo interessantissimo studio anatomo-patologico trovò feci nelle appendici normali e ammalate con eguale frequenza, nel 62 %, ma calcoli fecali ne trovò con molto maggiore frequenza nelle appendici ammalate che nelle sane, 27 % nelle prime, 13 % nelle seconde. Ma sono essi causa od effetto? Lo stesso dicasi delle aderenze cogli organi annessiali, le quali molte volte non sono punto espressione di processi appendicolari. Ad ogni modo io credo convenga largheggiare nell'apprezzamento della importanza di alcune alterazioni, ed asporto quindi l'appendice quando vi sieno stati precedenti clinici evidenti di appendicite nella storia dell'ammalata; quando l'appendice sia eccessivamente lunga (l'ho trovata parecchie volte discendente fino allo spazio di Douglas); quando sia un po' estesamente aderente; quando contenga corpi estranei; quando il suo estremo libero dia una evidente sensazione cistica; quando sia ingrossata e le pareti sue iperplastiche.

Di gran lunga più importanti sono le questioni sollevate dall'appendicite in gravidanza. Intanto dobbiamo chiederci se per il fatto della gravidanza e cieco ed appendice subiscano muta-

menti nella loro topografia. Waldeyer aveva già notato che durante la gravidanza il cieco, col processo vermiforme, è portato in alto e Füth colle sue ricerche conferma la realtà del fatto anatomico, e tosto si comprende come questo abbia una reale importanza sia dal punto di vista diagnostico, per la ricerca dei sintomi obbiettivi, sia per la topografia della incisione nei casi di intervento: ma Füth in tali rapporti topografici trova anche una cagione della maggior gravità dell'appendicite in gravidanza, perchè il focolaio suppurativo viene a trovarsi più in alto nel cavo addominale e in un posto più pericoloso. L'espressione è forse un po' vaga, indeterminata, ma esaminando i rapporti anatomici normali non è difficile comprendere come i processi periappendicolari possano più facilmente localizzarsi nel recesso ileo-appendicolare, o nelle fossette cecali adiacenti.

Portato più in alto il cieco e con esso l'appendice, tali condizioni favorevoli vengono ad attenuarsi, e posto in maggiore estensione di rapporti colle anse del tenue il focolaio primitivo, per i movimenti di queste, il processo presenta maggior facilità a dilagare, anche perchè aderenze possono, appena formate, più facilmente rompersi, dilacerarsi.

È questo, ad ogni modo, un altro argomento a sostegno della tesi che la gravidanza possa influire sfavorevolmente sull'appendicite per *fattori meccanici*. E ne segue la conclusione che, se non sistematicamente, più largamente si debba intervenire nell'appendicite nel corso della gravidanza, sia per la possibilità che aderenze sieno rotte da progressivo sviluppo dell'utero gestante, sia per l'alterazione dei rapporti topografici del cieco e dell'appendice, sia infine perchè la perforazione di questa mette l'operatore in condizioni ben più imbarazzanti che non fuori dello stato di gravidanza. È da aggiungersi che col progredire della gravidanza, le difficoltà anche di un'appendicectomia semplice aumentano sia per il volume dell'utero che può ricoprire l'appendice, sia perchè si può avere un accorciamento del meso, del cieco, dell'appendice, per cui questa è meno libera.

Ciò premesso in via generale, ogni clinico, piuttostochè ad un principio assiomatico, dovrà ispirarsi in ogni caso all'esame accurato di tutti gli elementi che in gravidanza come fuori di gravidanza possono indurlo all'intervento ovvero alla vigile

attesa. Quanto all'intervento il nostro tecnicismo non è punto mutato quando si tratti di asportare un'appendice iperplastica aderente, ovvero di evacuare una raccolta incapsulata; in questi casi noi operiamo, in riguardo alla gravidanza, con intenti conservatori che sono giustificati dalla esperienza, perchè l'operazione nella maggior parte dei casi non compromette la gravidanza. Non saprei quindi darmi ragione dell'affermazione di Schauta e di Fellner (il quale ultimo, per altro, ulteriormente mutò opinione) che in caso di *forte infiammazione catarrale* dell'appendice possa essere raccomandata la provocazione del parto prematuro. In tali casi se una decisione deve prendersi, essa non può riferirsi che all'esportazione dell'appendice, essa non può essere ostetrica, ma chirurgica.

Ma come dobbiamo comportarci *ostetricamente* quando il nostro intervento sia richiesto da una appendicite con peritonite più o meno diffusa? Quasi tutti gli operatori convengono sulla opportunità di svuotare l'utero, quantunque dissentano sul modo e sul tempo. Così Mac Arthur consiglia di svuotare l'utero prima di chiudere la ferita addominale. Turner e Lemeland opinano che lo svuotamento dell'utero debba precedere l'intervento laparotomico. Webster caldeggia il parto forzato, Opitz e Fellner il taglio cesareo vaginale, e Renval, che ha riunito il più vasto materiale, è partigiano della liberazione della donna col parto forzato ed eventualmente col taglio cesareo addominale prima della operazione.

È tosto da aggiungersi che anche le statistiche non illuminano troppo la nostra mente in proposito, perchè accolgono casi troppo disparati.

È appunto perciò che io ci tenni a mettere intanto in evidenza il principio che non giovi, anzi sia di danno il toccare l'utero ogniqualvolta si tratti di appendiciti iperplastiche aderenti, di endoappendiciti, ovvero di ascessi periappendicolari incapsulati. La questione si presenta invece molto diversa nelle forme di peritonite settica più o meno diffusa da appendicite perforativa. A risolverla noi dobbiamo considerare tre elementi: la difficoltà che la gravidanza può opporre all'operazione; la difficoltà che può opporre al drenaggio, che a mio avviso è opportuno in tali casi; infine l'interesse eventuale del feto.

Ora egli è evidente che tali elementi hanno maggiore o minore importanza a seconda dell'epoca della gravidanza. Il feto non viene a pesare sulla bilancia che quando sia vitabile e quindi negli ultimi tre mesi. Le difficoltà del tecnicismo operatorio in quanto tende alla ricerca ed alla esportazione dell'appendice sono aumentate, ma non considerevolmente, dal fatto della gravidanza, e qualunque sia la sua epoca.

Invece la gravidanza rende singolarmente difficile la ricerca e lo svuotamento delle raccolte multiple ed il loro drenaggio, e tali difficoltà sono tanto più gravi quanto più avanzata è la gravidanza. Il fatto è così intuitivo ed evidente che non abbisogna di dimostrazione. Il problema perciò diventa particolarmente grave negli ultimi tre mesi di gravidanza, quando a complicarlo ancora di più interviene anche un altro elemento, la vitabilità del feto. Onde cercare di semplificarlo, premetto che quando la donna sia in travaglio, qualunque sia l'epoca della gravidanza, giovi terminarlo rapidamente per le vie naturali, con tutti quegli accorgimenti e con tutti quei mezzi di cui l'arte dispone, e procedere tosto dopo all'intervento laparotomico.

Quando ci siano raccolte nello spazio di Douglas, prima dell'intervento addominale richiesto dalla peritonite da appendicite, converrà ricorrere alla colpoceliotomia posteriore. Svuotato l'utero, qualunque sia l'epoca della gravidanza, non è difficile cercare poi, per via addominale, di svuotare, fognare opportunamente le raccolte. Ma se la donna non è in travaglio di parto, come ci comporteremo?

Qui l'epoca della gravidanza esercita una grande influenza sulle nostre decisioni. Nei primi quattro mesi di gravidanza l'utero gravido, per il suo volume, per la sua facile spostabilità, non aumenta in modo notevole le difficoltà ed è relativamente facile svuotare e fognare le raccolte sia per la via della incisione addominale, sia attraverso lo spazio di Douglas, ed è quindi mia pratica e mio convincimento che non convenga preoccuparsi dell'utero gestante.

Se l'utero oltrepassa la cicatrice ombelicale tanto più quanto più l'utero si eleva nel cavo addominale, le difficoltà sopracitate si fanno più gravi e diventano quasi insormontabili senza previo svuotamento dell'utero. In tali casi dobbiamo ricorrere allo

svuotamento uterino per via addominale o allo svuotamento per via vaginale? A tutta prima parrebbe semplice che dovendo aprire l'addome e aprirlo il più delle volte sulla linea mediana, incisione che, come dissi, nei casi di peritonite settica, merita la preferenza, parrebbe semplice, dico, trar profitto della stessa incisione per incidere anche l'utero ed estrarre il prodotto del concepimento, suturandolo ovvero asportandolo. Ma dobbiamo tosto riflettere che noi operiamo in un campo decisamente settico e che operando sul 'utero noi siamo pressochè certi di diffondere ad esso, o ai monconi residui alla sua asportazione. l'infezione, contrariamente a quanto ci proponiamo nella peritonite puerperale, nell'intervento contro la quale colla eventuale asportazione dell'utero intendiamo asportare l'organo dal quale divampò l'infezione. Per tali considerazioni io consiglio di dare la preferenza allo svuotamento per via vaginale o col parto forzato mediante la dilatazione strumentale alla Bossi o al taglio cesareo vaginale. Volendo sintetizzare, direi: nella peritonite settica in via di generalizzarsi da appendicite perforativa, agire prima *ostetricamente* per via vaginale, *chirurgicamente* dopo per via addominale.

Mi resterebbe a considerare il tecnicismo operatorio nei casi di appendicite in puerperio, ma da quanto ho premesso risulta che l'utero puerperale non implica una modificazione al nostro tecnicismo, poichè nei casi della prima e seconda categoria questo sarà applicato come di consueto, e quando si tratti di peritonite diffusa, il volume, la mobilità del viscere, la rilasciatezza delle pareti addominali, ci concederanno, praticata l'incisione mediana, di ricercare, svuotare, fognare le raccolte.

Ho tratteggiato così, del vasto argomento, i punti che a me sembrarono più degni della vostra discussione. Voi avete voluto che io prendessi ancora un posto di combattimento nell'arena scientifica in mezzo a tante giovani energie, ed io vi sono grato non per la scelta del relatore, ma per la scelta dell'argomento, poichè con essa voi avete dimostrato di apprezzare ancora una volta il principio sempre da me sostenuto, che il ginecologo non può e non deve arrestarsi — qualunque essi sieno — dinanzi ai problemi della chirurgia addominale.

DISCUSSIONE

Spinelli: Nel prendere per primo la parola nella discussione sul tema trattato dal prof. Mangiagalli, io credo di raccogliere in un pensiero tutta la simpatia, tutta l'ammirazione del Congresso per la bella ed importante relazione da lui svolta. Ho detto simpatia ed ammirazione perchè nel Mangiagalli il Congresso non onora solo il maestro, il clinico e lo scienziato, ma l'uomo che, con il suo carattere, ci è anche maestro della vita. A lui, che un recente lutto familiare non ha impedito di venire a compiere il suo dovere – e questo dovere ha assolto così altamente e serenamente – vadano, col plauso unanime del Congresso, le espressioni delle vive condoglianze per la perdita dell'amatissimo fratello, di quell'uomo insigne cui la Nazione era per tributare – ahi, troppo tardi! – gli onori del trionfo come ad uno dei maggiori fattori delle libiche vittorie. Questo consenso della nostra Società vi dica, prof. Mangiagalli, di quanta stima, di quanta considerazione, di quanto affetto è circondata l'opera vostra scientifica e civile, e lenisca, s'è possibile, il crudele dolore da cui fu colpito l'animo vostro.

La relazione del Mangiagalli, nel modo come fu svolta, cioè clinicamente e principalmente di clinica da lui vissuta, e che ha toccato i problemi e le questioni più importanti che riguardano l'appendicite in ostetricia e ginecologia, lascia poco margine ad una discussione generale. E poichè fu sostanzialmente personale la sua relazione, invita ed autorizza a dire come altri ginecologi intendano, considerino e trattino l'appendicite nei rapporti con la ginecologia e l'ostetricia.

Innanzi tutto, dobbiamo con la più viva soddisfazione rilevare l'affermazione, di un valore altissimo, che dal Mangiagalli, per la seconda volta, alla nostra Società di ostetricia è stata fatta.

L'anno passato, nel discorso inaugurale del XVI Congresso, ci additava magistralmente i vasti orizzonti della ginecologia chirurgica contemporanea.

Il ginecologo deve saper toccare, egli diceva, le più alte vette della tecnica chirurgica, se non vuol essere sopravanzato. Egli deve rendersi famigliare tutta la chirurgia addominale. Ed a questo dobbiamo tendere tutti quanti. Il ginecologo, per essere tale, deve avere una vasta preparazione non solo patologica, ma chirurgica. Chi è impreparato a tali cimenti deve cedere necessariamente il campo; non nuoce soltanto a sè, ma alla disciplina, della quale si arroga il vanto e l'onore di essere rappresentante.

Auree parole e concetti che sono tutto un vasto programma del ginecologo, che come padre della laparotomia ha il maggiore diritto alla chirurgia addominale.

La relazione odierna del Mangiagalli e la chiusa, in cui ha riaffermato i suoi concetti sulla missione chirurgica addominalista del ginecologo, dimostrano che la ginecologia italiana è fra le più avanzate, e dopo aver assolto degnamente il suo còmpito specialistico, drizza l'occhio alla ginecologia dell'avvenire, della quale, per bocca del suo rappresentante più autorevole, traccia il programma. E questo resterà, fra gli altri, uno dei più grandi titoli di onore per il prof. Mangiagalli.

Entrando ora in argomento della tesi della relazione, le mie vedute sulla questione dell'opportunità dell'ablazione dell'appendice nel corso della laparotomia sono un poco più radicali di quelle espresse dal Mangiagalli.

In Francia, in Germania ed in America, la questione si può dire già risoluta favorevolmente alla rimozione sistematica dell'appendice nel corso della laparotomia.

In Italia si è un poco più conservatori e la maggioranza dei ginecologi segue la condotta prudenziale indicata dal Mangiagalli. In verità, fino a pochi anni or sono anch'io mi univo a questi concetti ed a questa pratica, asportando cioè quelle appendici che, all'osservazione diretta, presentavano delle evidentissime alterazioni. Ma, dopo un caso disgraziato, ho cambiato tendenza e mi sono domandato anch'io se non fosse prudente di sopprimere nella quasi totalità dei casi l'appendice nel corso di una laparotomia ginecologica.

Ecco il caso cui ho accennato.

Un'inferma operata d'isterectomia per metrite a forma emorragica esce dalla Clinica in buone condizioni e riparte per il suo paese natio, Morcone in provincia di Benevento. Otto o nove giorni dopo è colpita da un attacco di appendicite che l'uccide in meno di tre giorni. Eppure, in quel caso, come in tutte le altre laparotomie, io avevo osservato l'appendice e nulla vi avevo scoverto che m'invitasse ad asportarla!

Il certo è che esistono delle appendiciti frustre, delle appendiciti nascoste, croniche o sub-croniche, che sono quelle che in molti casi preparano degli attacchi formidabili e catastrofici.

Queste appendiciti, che si traducono clinicamente per alcuni disturbi digestivi e talvolta con un poco di sensibilità nella fossa iliaca e che, istologicamente, presentano quelle follicoliti e quelle lesioni microscopiche, così bene descritte dal Cornil, che ci ha dimostrato come delle *follicoliti invisibili ad occhio nudo potevano distruggere la muscolare, rag-*

giungere la sierosa e perforare l'appendice — queste appendiciti che molti clinici non ammettono, e che anche all'esame diretto laparotomico possono non dare segni apprezzabili, queste appendiciti esistono realmente e sembra che siano assai più frequenti di quel che si creda.

È della massima importanza adunque richiamare tutta l'attenzione alla storia clinica dell'ammalata, e se nei suoi precedenti si trovano disturbi gastro-intestinali, degli attacchi ciclici di tiflo-colite, anche se mancassero sintomi manifesti di appendicite, è buona prudenza, nel corso di una laparotomia, di asportare l'appendice.

L'operazione, d'altra parte, è così innocente, è così rapida che il chirurgo può eseguirla in ogni caso senza pericolo di aggravare la prognosi operativa.

In quanto al taglio addominale, bisogna considerare se l'intervento per una appendicite è fatto nel corso di gravidanza o se è fatto per casi in cui, oltre alla lesione appendicolare manifesta, esistano anche malattie ginecologiche per le quali si debba intervenire.

Nel primo caso io eseguo il taglio laterale, lungo il margine esterno del muscolo retto, e questo taglio ha dei confini più estesi di quello comunemente usato per le comuni appendicectomie. Il mio taglio sale in alto fino alla regione ipocondriaca lungo il m. retto, ed in basso, fino alla regione ipogastrica. Con questo taglio si può bene dominare l'appendice, se di appendicite si trattava, e si può egualmente dominare la cistifellea se l'attacco, a forma appendicolare, era invece a carico della cistifellea. Non ho bisogno di ricordarvi che molti degli attacchi di colica biliare, di colicistite, assumono delle volte il decorso e la sintomatologia di un'appendicite. E poiché ho ricordato la colicistite gravidica richiamo incidentalmente la vostra attenzione sulla cura chirurgica precoce della colicistite che può prevenire quegli attacchi di ittero maligno così fatali alle donne gravide.

Sulla tecnica dell'appendicectomia nel corso di una laparotomia per indicazione ginecologica, io seguo una operazione rapidissima e di una semplicità estrema, bene inteso quando le peculiari circostanze patologiche dell'appendice non richiedono mezzi adeguati alle lesioni riscontrate. Nelle appendici libere, adunque, la mia tecnica è la seguente:

Dopo aver legato l'arteriola del meso e liberata l'appendice fino alla sua inserzione cecale, stringo l'appendice un poco al disopra della inserzione cecale e sul collo lego con catgut cromico e prima di escidere l'appendice faccio la sutura a borsa da tabacco sul cieco; un poco al disopra della legatura sull'appendice applico una pinza e poi asporto

l'appendice con un colpo di forbice o col bistorì, ne cauterizzo il moncone con tintura di iodio, e l'affondo nella nicchia precedentemente preparata. In pochi minuti l'operazione è bell'e completa.

Nel corso di un'operazione vaginale, l'appendice può e deve essere esplorata, e per questa via, se è mobile o mobilizzabile, può essere asportata.

Le valve illuminanti del von Ott sono indispensabili per questa operazione ed anche sono indispensabili delle speciali pinze, molto lunghe, e provviste di un morso rivestito di rotelle di caucciù per afferrare delicatamente il cieco e il meso appendicolare; perchè bisogna ricordare che un punto importante della tecnica dell'appendicectomia è di toccare e stirare il meno che sia possibile l'appendice stessa per evitare possibili e pericolosissime lacerazioni dell'organo.

A me pare che il prof. Mangiagalli non abbia richiamata l'attenzione sopra una forma di appendicite a *tipo dismenorroico*.

Io ho osservato un discreto numero di casi in cui l'attacco appendicolare si ripeteva con l'approssimarsi del mestruo, e quasi tutti i mesi, da simulare una banale forma dismenorroica. All'operazione di alcuni di questi casi, nulla ho trovato negli annessi, meno una congestione, o un'iperemia nell'annesso destro, mentre le lesioni appendicolari erano manifeste.

D'altra parte, il risultato operativo ha confermato che la sede delle crisi era l'appendice e non l'ovaia.

In generale ho osservato che in tutte le tiflo–colitiche, in tutte le inferme con appendicite frustra, cronica, latente, ogni mestruazione determina una sub-riacutizzazione del processo provocando crisi dolorose premestruali o mestruali a livello della fossa iliaca destra o colla ricomparsa dei sintomi entero–colici, ovvero col riaccendersi di un movimento febbrile, che cade col passare della mestruazione, ovvero con diarrea o con attacchi più o meno gravi di colite muco–membranosa. Bisogna dunque conoscere queste appendiciti a tipo dismenorroico perchè spesso passano inosservate e sono ben volentieri considerate come complicanze di una mestruazione difficile.

Voglio a questo proposito riferirvi un caso di mia recentissima osservazione e di cui il ricordo commuove ancora l'animo mio.

Una giovane di circa 20 anni, bambinaia in casa mia, non aveva avuto nessun attacco diagnosticato di appendicite. Era coprostatica da molti anni, ma all'aspetto mostrava una bella salute. Da circa tre anni aveva cominciato a soffrire dei dolori al basso ventre in ogni periodo premestruale. Alle volte le crisi erano atroci, con vomito. Passato il periodo mestruale, tutto rientrava al normale. Feci un'osservazione del-

l'addome e trovai il classico dolore al punto di Mc. Burney e un cieco ingrossato, sensibile alla pressione, con remora di materiali solidi e di liquidi (diguazzamento). Con l'esame rettale – la verginità della ragazza non permettendomi l'esame vaginale – confermai che nulla era a carico degli organi genitali. Volli sentire il parere di alcuni colleghi sull'opportunità di un'appendicectomia, ma, senza eccezione, non si volle ammettere la esistenza di un'appendicite cronica e si pensò invece trattarsi di una tiflo–colite semplice da coprostasi e i sintomi premestruali e mestruali doversi attribuire ad una dismenorrea. Con un trattamento intestinale, l'inferma migliorò e per alcuni mesi non si parlò più della sua malattia. Uscita dal mio servizio, fu accolta, nella stessa qualità di bambinaia, in una casa patrizia napoletana: 8 mesi dopo, un fulmineo attacco di appendicite, purtroppo solo questa volta diagnosticato, in men di tre giorni uccideva quella giovane fiorente!

Nelle mie osservazioni in cui esisteva questa forma di appendicite ricorrente a tipo dismenorroico mestruale, ho trovato quasi sempre l'appendice aderente all'ovaia o alla tuba, altre volte delle aderenze che stiravano semplicemente l'appendice senza alcun rapporto diretto con l'annesso, in altri, infine, esisteva un'appendicite isolata senza compartecipazione dell'annesso destro.

Il decantato *flirt* appendiculo–annessiale dei francesi non sarebbe dunque una regola generale. Tuttavia, in ogni operazione per annessite destra è utile di fare egualmente l'ablazione dell'appendice.

La conclusione è che in ogni laparotomia bisogna: 1º osservare attentamente l'appendice, e non l'appendice soltanto, perchè la indagine biopsiopica deve risalire più in alto ed investire tutti gli organi intraddominali: 2º che ogni appendice deformata, più lunga, più corta o più larga, ogni aderenza anormale, ogni iperemia dell'organo sono delle indicazioni di appendicectomia: 3º che anche in mancanza di lesioni visibili, se nell'anamnesi esistono fatti intestinali, tiflo–coliti ricorrenti, coliti muco-membranose, ecc., è buona regola asportare l'appendice. Dopo tutto, sono dunque assai poche le appendici che possono e debbono essere risparmiate.

Ed ora poche osservazioni sulla questione del drenaggio in generale nella laparotomia e del drenaggio in particolare nei casi di appendiciti gangrenate e negli ascessi peri–appendicolari.

Nella comunicazione del prof. Lastaria sul «drenaggio nella laparotomia» (1) che merita tutta la nostra attenzione sia per l'importanza

(1) Veggasi la comunicazione XVI.

dell'argomento, sia per la valentia operatoria dell'autore – arieggia un certo che di sfiducia per la laparotomia asettica che ci ha permesso finalmente di abbandonare mezzi prudenziali, utili e forse indispensabili per altri tempi, ma non più accettabili oggi, in cui l'asepsi raggiunta dai nostri interventi nelle laparotomie semplici, non complicate da inquinamenti endogeni, ci permette delle operazioni rapide, eleganti e sicure. Il drenaggio sistematico adunque in ogni laparotomia bisogna scartarlo. Dove bisogna abbondare in drenaggi è invece nelle laparotomie settiche, ed in ciò sono perfettamente d'accordo col professor Lastaria e col prof. Mangiagalli e contro la pratica degli operatori che vorrebbero anche in questi casi fare a meno del drenaggio.

Io vidi operare, due anni or sono, il prof. Sonnenberg, al *Moabit Krankenhaus* di Berlino, una tenera bambina di tre anni, di appendicectomia, per un'appendicite perforata e peritonite purulenta. L'operatore, dopo avere asportata l'appendice e premuto un poco l'addome da cui fluiva del pus come del latte da una mammella pregna, affondò due strisce di garza al vioformio, a scopo di raccogliere in certo modo il liquido purulento, e poi chiuse tranquillamente l'addome. Io rimasi scandalizzato di quella pratica, e lo dissi francamente al grande appendicectomista berlinese. Ma egli mi rispose che quella pratica gli dava dei buoni risultati! Suggerii che almeno in quei casi poteva riuscire grandemente utile l'uso dell'aspirazione evacuante, il cui apparecchio non esisteva allora nella sua Clinica, ma che nella visita di quest'anno io ho veduto a posto in uno dei rubinetti del lavamano.

E di qui, o signori colleghi, la ragione della comunicazione che ho annunciato sul *sifone idraulico*, utilissimo ed indispensabile apparecchio per l'evacuazione aspiratrice in laparotomia (1).

Pestalozza: L'argomento dell'appendice nei suoi rapporti cogli organi genitali è della più alta importanza, nè poteva essere discusso con più elevata competenza di quella che seppe portare nella questione il prof. Mangiagalli, così felice nell'attaccare e conquistare i campi di confine tra la ginecologia e la chirurgia addominale vera e propria.

Nel campo pratico nessun dubbio che il ginecologo debba trovarsi completamente armato per affrontare, occorrendo, la chirurgia intestinale.

Ma, per quel principio della divisione del lavoro che noi ginecologi abbiamo tanto interesse a sostenere, e che risponde al nostro indirizzo di studii, io credo che convenga restringere le nostre discussioni alla appendicectomia complementare ad operazioni ginecologiche ed alla appen-

(1) Veggasi la comunicazione XVII.

dicectomia nello stato puerperale. Non parlo della necessità in cui potesse trovarsi il ginecologo di operare una appendicite, avendo aperto il ventre in seguito ad un errore di diagnosi, perchè questa eventualità in riguardo alla appendicite non mi si è mai presentata una sola volta nel mio ricco materiale di 2150 laparotomie, il che mi sembra provare che sotto questo punto di vista i mezzi che noi possediamo per una diagnosi differenziale sono più che sufficienti. Per converso è noto che più volte è accaduto a chirurghi d'aprire il ventre per una supposta appendicite e trovare invece una lesione degli annessi e specialmente una gravidanza extrauterina.

Passando a discutere dei casi in cui possa occorrere una appendicectomia complementare ad operazioni ginecologiche dirò che, ad es., su 207 operazioni per gravidanza extrauterina non mi sono mai trovato nella necessità di asportare l'appendice. Le aderenze che possono involgerla o fissarla alla capsula d'un ematocele sono da trattarsi alla stessa stregua delle aderenze delle altre parti del tubo intestinale. È vero che si potrebbe pensare che un organo così disposto ad ammalare abbia a subire più facilmente le conseguenze della persistenza di aderenze. Ma non mi pare che per un pericolo remoto convenga compromettere la ideale semplicità e rapidità dell'intervento operativo, che è propria di questo genere di operazioni. Dico pericolo remoto e non a caso, perchè non mi risulta che alcuna delle mie operate si sia mai fatta rivedere con sintomi di appendicite. Ho parlato prima di tutto della gravidanza extrauterina perchè, stando alla mia esperienza, è appunto qui che si vede più facilmente impigliata l'appendice.

Purchè ci si tenga al precetto di non rimuovere l'appendice se non quando è manifestamente alterata, la indicazione alla sua rimozione si presenta relativamente di rado anche nelle lesioni infiammatorie degli annessi. Perciò per mio conto non saprei assolutamente accedere alla proposta del prof. Spinelli di asportare sistematicamente l'appendice in ogni caso di laparotomia per affezione ginecologica. Eccezionale è poi l'indicazione alla appendicectomia nelle forme neoplastiche. A questo proposito credo meriti di essere ricordato un caso occorsomi lo scorso anno di un papilloma dell'ovaio destro, dove a fianco del tumore primitivo si trovò un tumoretto delle stesse apparenze e della stessa struttura, sviluppatosi nello spessore delle pareti dell'appendice. Naturalmente qui si impose la rimozione. L'apparente indipendenza dal tumore principale potrebbe far pensare che la disseminazione degli elementi neoplastici si sia fatta per via linfatica attraverso al legamento appendicolare; però una più attenta indagine ha dimostrato, confermando in certo modo le idee esposte dal relatore, che si trat-

tava piuttosto di una disseminazione lungo la superficie sierosa. Quello che resta singolare e che rende il caso interessante è che quella sulla appendice era in questo caso la sola disseminazione del tumore, e che invece di mantenersi di piccole proporzioni, come sono per lo più i nodi secondari dei papillomi sulla sierosa intestinale, costituiva un vero tumore di discrete dimensioni e invadeva profondamente la muscolatura. Qui come negli altri pochi casi in cui mi occorse la rimozione dell'appendice mi sono servito di preferenza di quel metodo che fu accennato dal relatore, che consiste nel seppellire il moncone sotto un rivestimento sieroso preso a prestito dalla superficie del cieco. In un caso della Clinica di Firenze ricorsi all' espediente suggerito dal Mangiagalli della extraperitonealizzazione; ma l'esito fu infausto.

In conclusione io propendo a sminuire alquanto l' importanza che si attribuisce all'appendice nel campo della chirurgia ginecologica. Per esempio, la mia pratica laparotomica mi costrinse assai più spesso a praticare resezioni anche estese del tubo intestinale, o riparazioni di lacerazioni della parete intestinale, anzichè ad eseguire delle appendicectomie.

Molto maggiore importanza io attribuisco ai rapporti tra appendicite e gravidanza, e su questo argomento mi trovo quasi in ogni punto d'accordo col relatore. Se non erro, egli fece il mio nome fra coloro che vedono la complicazione da un punto di vista piuttosto pessimistico. Alle ragioni che mi portano a questo pessimismo devo aggiungere per mio conto l'impressione ricevuta da casi nei quali lo scoppio dell'attacco di appendicite fu seguìto a breve distanza di tempo dall'insorgenza del travaglio prematuro coll'espulsione di un feto morente o morto. L'azione dannosa sul prodotto del concepimento sembra a me non doversi perdere di vista nella prognosi della complicazione. Anche ricordo un caso nel quale la presenza di un ascesso periappendicolare complicante una gravidanza presso al termine suggerì prima dell' intervento la provocazione del parto : ma alle prime contrazioni tenne dietro la rottura nel cavo peritoneale dell'ascesso, il che mostra un pericolo nell'atto stesso del parto. Quanto all'influenza che la gravidanza può spiegare sull' insorgenza dell'appendicite, credo anch' io che si svolga piuttosto nel senso di riacutizzare una antica appendicite latente, che non di provocarla *ex novo*.

Certo la complicazione è di tale gravità e pone al medico quesiti di indicazione e di tecnica così importanti, che per mio conto sono lietissimo che la nostra letteratura si sia arricchita di una guida così preziosa come quella che ci è fornita dalla splendida relazione del prof. Mangiagalli.

CANDIA: Esprimo anch'io la mia profonda ammirazione per la particolareggiata e davvero magistrale relazione del prof. Mangiagalli, che riesce di grande insegnamento non solo a noi ginecologi, ma anche ai chirurgi generici. A proposito, poi, dell'atto operativo e della incisione laparotomica laterale, che il prof. Mangiagalli preferisce alla mediana, anche nei casi di estirpazione degli annessi alterati in concomitanza dell'appendice, mi piace, a conferma delle sue vedute, di poter citare un caso da me operato molti anni or sono col medesimo suo procedimento. Si trattava di una donna sofferente da varii anni di annessite cronica destra con attacchi accessionali. Un bel momento i dolori divennero insopportabili, per la qual cosa l'inferma reclamò la operazione. Poichè la palpazione e il riscontro combinato facevano rilevare una notevole tumefazione circoscritta nella fossa iliaca destra alla regione degli annessi, nel procedere alla laparotomia preferii alla incisione mediana ordinaria, la incisione laterale alla Burney, per cadere direttamente sulla tumefazione.

Tale incisione laterale eseguita nel caso speciale mi faceva nascere qualche dubbiezza circa la facilità di compiere la estirpazione del tumore; durante l'intervento temevo che quella incisione avesse ristretto il campo operativo e creato, quindi, maggiori difficoltà nel distacco delle aderenze e nella completa rimozione del tumore annessionale. Ma non fu così: subito dopo aperto il peritoneo, giunsi facilmente sul tumore annessiale, che era formato in massima parte da una cisti sierosa dell'ovaio, grande quanto una piccola arancia, a pareti sottilissime, e dalla tromba corrispondente ipertrofica, grossa di un dito. Il distacco delle aderenze riuscì facile ed altresì il distacco completo del tumore annessiale. L'inferma guarì rapidamente e la cicatrice non dette mai alcun fastidio.

Non divido completamente l'opinione del prof. Spinelli che si debba asportare sistematicamente l'appendice in ogni laparotomia.

Riguardo al drenaggio addominale, posso dire che da molti anni sia nelle laparotomie e sia nelle isterectomie vaginali, adopero volentieri e con buon risultato tanto il drenaggio di caoutchouc, quanto quello di garza sterile già preparato; ed anche tutti e due insieme. Credo tuttavia che sia inopportuno, se non dannoso, generalizzarlo nei casi in cui non vi sia alcuna infezione *in loco* e non vi sieno focolai suppurativi, siccome vuol praticare il prof. Lastaria.

RESINELLI: La dottissima relazione del prof. Mangiagalli, chiaramente illuminata dalla vasta sua esperienza, è così completa da non lasciare, parmi, lacune da colmare o vani in cui possa insinuarsi il cuneo della obbiezione. Ho preso la parola unicamente per riferire i dati

della mia personale osservazione sull'argomento. Dal 1907 in ogni laparatomia nella clinica di Firenze tengo conto dello stato dell'appendice ed i risultati di queste indagini saranno fra breve pubblicati dal mio Aiuto il dott. Basso.

Dal gennaio 1907 all'agosto 1912 si eseguirono 903 interventi celiotomici addominali e solo in 114 casi non potè essere esaminata l'appendice o per la complessità dell'operazione, o perchè trattavasi di forme largamente suppurate, o perchè trattavasi di tumore maligno con vaste metastasi, o per altre cause. Negli altri casi, 533 volte si trovarono appendici macroscopicamente sane o piccole, o sottili, libere da aderenze o semplicemente comunicanti col cieco, 201 volte appendici aderenti con segni d'appendicite pregressa, 54 volte appendici lunghe, prolassate nella piccola pelvi. Si trovarono quindi appendici ammalate od anormali nel 32 % dei casi.

Debbo subito notare che già altre volte io ebbi a dichiararmi sfavorevole alla metodica asportazione dell'appendice in tutti gli interventi laparotomici per indicazione ginecologica. Innanzitutto noi sappiamo che quando l'appendice è sana oltre una certa età (30-40 anni), molto difficilmente potrà ammalare in seguito; inoltre per quanto semplice e di breve durata l'operazione, pure, per quanto poco, aggrava però sempre l'atto operativo; infine noi non sappiamo ancora se l'appendice sia veramente un organo inutile. Debbo pure aggiungere che non in tutti i casi nei quali trovai appendici aderenti od anormali io procedetti alla esportazione; talvolta vi si oppose l'atto operativo ginecologico già grave per sè e talaltra non si credette di asportarla perchè l'appendice aderente spesso è innocua e la stessa anamnesi ci può a questo riguardo illuminare, e se l'appendicectomia può farsi in cinque minuti quando l'appendice è libera, può richiederne anche 15 se essa è molto aderente. Per questo l'appendicectomia venne eseguita solo in 57 casi. Di questi in 23 vi erano esiti di appendicite, in 24 di peri-appendicite, in 4 estese decorticazioni del rivestimento peritoneale, 6 erano istologicamente normali, ma una oltremodo lunga, una prolassata per ptosi del cieco, due molto vascolarizzate e contenenti feci ed una con un calcolo fecale. È poi da notarsi che spesso i disturbi delle ammalate sono dovuti più allo stato del cieco, dilatato, prolassato, aderente, che non allo stato della appendice. Nella memoria che pubblicherà il dott. Basso saranno specificate le alterazioni trovate nelle diverse forme morbose ginecologiche che indicarono l'intervento operativo.

Rispetto alla gravidanza io non posso che confermare quanto ebbe a dire il prof. Mangiagalli, cioè che l'appendicite è evenienza relativamente rara in gravidanza. In 6500 parti la si osservò solo 5 volte:

è però a notarsi che qualche caso in cui gli accessi sopraggiunsero nei primi mesi venne ricoverato in reparti chirurgici ed ivi operato. Sebbene molte volte l'appendicite in gravidanza, quando non è grave, possa guarire anche con mezzi medici, pure io credo indicato l'intervento operativo ogni qualvolta gli accessi si ripetono e con carattere di gravità. Indubbiamente sono i fattori meccanici quelli che in gravidanza provocano l'insorgenza degli accessi di colica appendicolare.

Rispetto alla tecnica operatoria, essendo io sempre intervenuto per indicazioni ginecologiche, l'incisione addominale fu o quella alla Pfannenstiel o quella mediana. L'appendicectomia per via vaginale, come venne eseguita nella Clinica di Pietroburgo mi pare più una virtuosità chirurgica, che non una via che possa essere consigliata, e le ragioni sono facili a comprendersi. Per l'asportazione dell'appendice io mi attenni alla tecnica descritta dal prof. Mangiagalli, solo io non uso mai il termocauterio, nè il galvanocauterio per la recisione, ma ho trovato più che sufficiente lo spennellare largamente la superficie recisa colla tintura iodica.

Politi Aloisio: È una semplice domanda che io desidero rivolgere al prof. Mangiagalli. Egli nella sua relazione non ha detto - se male io non ho inteso - trattando dell'ascesso periappendicolare, se egli si preoccupa di asportare subito l'appendice in primo tempo o se, considerando le difficoltà di tale asportazione e d'altra parte la possibilità dell'apertura di un occhiello nella parete posteriore dell'ascesso, durante le manovre necessarie, col passaggio di pus nella cavità addominale, rimanda ad altro tempo l'asportazione dell'appendice, contentandosi della semplice apertura della sacca ascessuale, e facendo l'appendicectomia a miglior tempo, con un trattamento *a freddo*. Questa mia osservazione è di una certa importanza, tenendo conto che l'appendicite e le lesioni concomitanti facilmente recidivano in gravidanza, e che quindi le donne che noi abbiamo in primo tempo operate di ascesso periappendicolare possono in secondo tempo durante la gravidanza venire nuovamente attaccate da appendicite.

A me è capitato di operare di ascesso periappendicolare due donne e non mi sono preoccupato di asportare l'appendice nè in primo tempo nè quando il processo infettivo era già finito. Son già passati due anni e tali donne non hanno ancora accusato alcun disturbo in corrispondenza della regione appendicolare. Ciò però non ci fa escludere il pensare che possa qualcheduna di tali donne in seguito, per possibile gravidanza, andare incontro ad appendicite o periappendicite. Avrei avuto io il dovere di asportare in quelle donne l'appendice, magari in secondo tempo?

È questo che io domando al prof. Mangiagalli.

Delle Chiaie: Prendo la parola per fare una semplice riflessione relativamente alla questione se si debba o no sistematicamente rimuovere l'appendice in tutti gli interventi laparotomici. Tale questione è stata risoluta dal relatore negativamente, però egli consiglia di largheggiare soltanto dopo un accurato esame dell'appendice. Io non posso discutere la opinione del prof. Mangiagalli in base ad una vasta esperienza personale, ma mi permetto ricordare le ricerche in proposito fatte dal Legueu. Questi ha esportato l'appendice in tutti gl'interventi laparotomici ed è venuto alla conclusione che negli stati flogistici degli annessi, l'appendice, pur non presentando alcuna alterazione macroscopica, ha invece costantemente rivelato all'esame istologico lesioni infiammatorie le più svariate, anzi in un caso, in cui l'organo era obliterato, esistevano tubercoli in mezzo al tessuto cicatriziale. Meno costanti invece si mostrarono tali alterazioni in casi di fibroma uterino, cisti ovarica, ecc. Inoltre essendosi l'A. per una sola volta allontanato dalla pratica abituale, lasciò nel corso di una isterectomia un'appendice, che gli sembrò normale, e fu poi un anno dopo costretto ad intervenire d'urgenza per appendicite perforante acuta. Quindi io credo che, tenendo conto di questa fragilità patologica a cui va soggetto l'organo, si debba, almeno nei casi di infiammazione degli annessi, essere più larghi, di quanto non lo pensi il relatore, nell'asportare l'appendice.

Ferroni: La mia esperienza sul riguardo non può essere che scarsa, ma in argomenti di tanto interesse è bene che ciascun clinico porti il suo contributo. L'appendicite in gravidanza è stata da me vista molto di rado; infatti su circa 2500 parti io ho constatato soltanto 3 casi del genere. La gravidanza era sempre nei primi mesi, e la lesione appendicolare era sopraggiunta in donne già altra volta affette da attacchi appendicitici, il che viene a confermare tanto l'importanza di vera recidiva che spesso assume l'appendicite durante la gestazione, quanto quella che i fattori meccanici hanno nel determinare l'appendicite ad utero gravido.

In questi miei casi non ho osservato nè influenza dannosa della gravidanza sul decorso dell'appendicite, nè influenza dannosa della malattia sull'andamento della gestazione. Ciò che però non esclude affatto la possibilità e la frequenza dei casi di ordine opposto.

Nel campo ginecologico credo anche io che oggi la discussione si debba confinare soltanto entro i limiti dell'appendicectomia quale atto operatorio complementare d'intervento operatorio addominale sui genitali. Su 500 laparotomie circa da me eseguite nella Clinica di Parma mi è occorso dovere asportare 4 sole appendici evidentemente lese, che si associavano a lesioni annessiali. Mai ne vidi in circa 50 gravidanze extrau-

terine operate. Per tutte le altre condizioni non strettamente normali dell'appendice, per le quali altri intervengono con l'appendicectomia, io non ho mai creduto d'intervenire perchè convinto della molto discutibile opportunità, se non necessità, di tale atto operativo complementare.

Non so quindi schierarmi tra coloro che vorrebbero allargare i confini dell'atto operativo accessorio di cui si parla.

Quanto alla tecnica dell'intervento, qualora esso venga richiesto non mi discosto dalle norme segnate al riguardo dal prof. Mangiagalli.

Guzzoni: Come giustamente ha osservato il prof. Ferroni, è opportuno che ciascuno di noi porti il suo contributo, sia pure modesto, in un argomento di tanta importanza, trattato così magistralmente dal prof. Mangiagalli e a cui ha tenuto dietro una sì elevata discussione.

Nella Clinica di Siena in questo triennio non ho osservato che un solo caso di appendicite in gravidanza negli ultimi due mesi: la gravida venne presa da un attacco appendicitico a domicilio, da noi trattato con la cura medica: la donna guarì, partorì a termine ed escì dalla Clinica in quel momento guarita.

Per quanto riguarda i rapporti fra appendicite e fibromi d'utero, nei limitati casi da me operati in quest'anno nella Clinica di Siena non abbiamo mai trovato l'appendice ammalata. In ogni laparotomia esamino regolarmente e metodicamente l'appendice, e la mia condotta presente e futura è basata su questo principio di non asportare mai l'appendice quando questa mi appare sana, e se vi sono aderenze cerco sempre di staccarle e potendo la lascio in posto.

Santi: Gli oratori precedenti hanno parlato molto di gravidanza ed appendicite, mentre mi pare si sia un po' sorvolato sulla influenza del parto sulla appendicite. Io sarei tratto a pensare che, più di frequente di quello che si creda, si possa verificare l'influenza nefasta del parto sulla appendicite. Le contrazioni e le retrazioni uterine possono portare a stiramenti e rotture di aderenze e di sacche appendicolari e dar luogo a successive fulminee peritoniti. E ciò si può avere anche in casi in cui l'appendicite o non aveva mai dato sintomi gravi o non ne aveva dati affatto.

Ricordo di aver avuto occasione di osservare uno di tali casi. In esso non si era mai pensato ad una appendicite; subito dopo il parto si ebbe sviluppo di una peritonite generalizzata rapidamente mortale. L'autopsia dimostrò precisamente che l'origine poteva ritenersi in una piccola sacca ascessuale periappendicolare rotta durante il parto.

Questi casi mi pare ci potrebbero istruire nel senso, che quando di proposito si voglia intervenire in casi di appendicite in gravidanza a

termine, sia conveniente piuttosto operare prima la lesione appendicolare e solo poi, se è il caso, pensare ad un intervento ostetrico, anzichè far precedere questo a quello.

Santoro: Ho sentito il prof. Mangiagalli affermare che la posizione di Trendelenburg rende più agevole la esportazione dell'appendice. Nei primi casi di appendicectomia da me eseguiti la posizione di Trendelenburg non solo non facilitava ma rendeva difficoltosa la estrinsecazione del cieco fuori dall'addome. Modificai così la tecnica e quando mi è capitato di eseguire appendicectomie dopo altro intervento addominale o pelvico, ho fatto ridurre il letto operatorio alla posizione orizzontale, posizione che faccio prendere di proposito quando opero per appendicite.

Mangiagalli: Con animo commosso e profondamente grato ringrazio innanzi tutto il prof. Spinelli per le parole di nobile affettuoso rimpianto che volle rivolgermi per la sventura domestica dalla quale fui recentemente colpito e porgo vive grazie anche all'assemblea che mostrò di associarsi con simpatia alle parole pronunciate.

Entrando in argomento rilevo come alcune osservazioni e comunicazioni si riannodino direttamente all'argomento svolto, altre indirettamente. Invece di seguire gli oratori secondo l'ordine col quale si sono succeduti, credo più utile raggruppare gli argomenti portati in campo o a sostegno delle idee da me propugnate o contro di esse, lasciando per ultima la questione che ha acceso il dibattito più vivo, se cioè si debba fare l'appendicectomia complementare in ogni caso d'intervento laparotomico addominale.

Tutti sembrano intanto convenire che l'appendicite sia complicazione relativamente rara nella gravidanza, quantunque certo più frequente di quanto figurasse nelle antiche statistiche. È interessante il caso esposto dal dott. Conte, che trovò l'appendice aderente alla parete addominale e all'utero in una donna che era stata operata di taglio cesareo. Esso appartiene a quella categoria di casi, come quelli di Findley e di Marx, i quali lumeggiano la possibilità da me illustrata, che, date simili aderenze, o per lo sviluppo progressivo dell'utero in gravidanza, o per il suo svuotamento nel parto, o per la sua riduzione in puerperio, dette aderenze possano rompersi, l'appendice può lacerarsi e dar luogo a gravi accidenti. E al prof. Santi rispondo appunto che possiamo spiegarci per tale causa, oltrechè per molte altre che ebbi cura d'indicare, il sorgere improvviso di alcune peritoniti nel corso del travaglio di parto. Il caso di Montuoro di gravi coliche appendicolari, in un caso di appendice aderente agli annessi con retroversione uterina, trova riscontro in molti casi similari.

Ebbi pure cura di mettere in rilievo la possibilità di dismenorree di origine appendicolare illustrate dallo Spinelli e procurai anzi di lumeggiare i criteri diagnostici, e così pure misi in rilievo le difficoltà della diagnosi differenziale, che specialmente in gravidanza si possono incontrare nei casi di colelitiasi e di pionefrosi chiusa.

Quanto al processo di aspirazione di cui tanto si loda lo Spinelli, debbo aggiungere che io pure da moltissimi anni, aperto il ventre, con apparecchi Potain, di vario volume, soglio, e ne sono soddisfatto, svuotare cisti ovariche specialmente suppurate, piosalpingi, raccolte saccate.

Rispondendo allo stesso Spinelli, dirò come io riconosca la possibilità di asportare l'appendice per via vaginale ed io pure ebbi dalla gentilezza del prof. De Ott, al congresso di Pietroburgo, la dimostrazione coi suoi processi di illuminazione di mettere in evidenza non solo l'appendice ma anche la cistifellea. Credo però con Resinelli che ciò sia più che altro uno *sport* chirurgico. Certo può avvenire che, estirpando gli annessi per via vaginale, l'appendice aderente agli annessi di destra scenda essa pure nel campo vaginale ed allora o la si stacca o la si escide seguendo gli stessi criteri che negli interventi per via addominale.

Ferroni, Guzzoni e specialmente Resinelli hanno portato il contributo della loro esperienza ed in massima hanno mostrato il loro consenso colle idee da me espresse.

A proposito della osservazione di Pestalozza che mai ebbe occasione di asportare l'appendice in casi di gravidanza extrauterina, mi permetto di replicare che forse il mio pensiero non è stato completamente afferrato. Discutendo dei rapporti fra appendicite e gravidanza extrauterina, negai recisamente che la gravidanza ectopica potesse essere causa di appendicite, sostenni invece che l'appendicite coi suoi fatti peritonitici a distanza possa creare cause di sterilità ed anche cause di gravidanza ectopica. Ma un altro punto merita la nostra attenzione. Alcuni sostengono che in tutti i casi di ematocele infetto si debba ricercare la causa in una concomitante appendicite; ora io combattei tale ipotesi, ma aggiunsi che quando trovo l'appendice molto lunga, come immersa ed abbracciata dall'ematoma *infetto*, tenendo presente la dottrina accennata, è forse prudente asportarla. Questo è stato il mio preciso pensiero, lontano dunque dall'idea che quasi sistematicamente si dovesse asportare l'appendice nei casi di gravidanza ectopica. Rispetto alle questioni sollevate dell'appendicite in gravidanza tutti gli oratori o colla loro parola o col loro silenzio hanno mostrato di convenire con me.

Quanto alla incisione ho esposto chiaramente quali sono i principii che mi guidano, quando di deliberato proposito il ginecologo o l'ostetrico

debbano fare l'appendicectomia, ma è ovvio, e l'ho detto, che la questione dell'incisione non può essere sollevata a proposito dell'appendicectomia complementare fatta in occasione di interventi addominali.

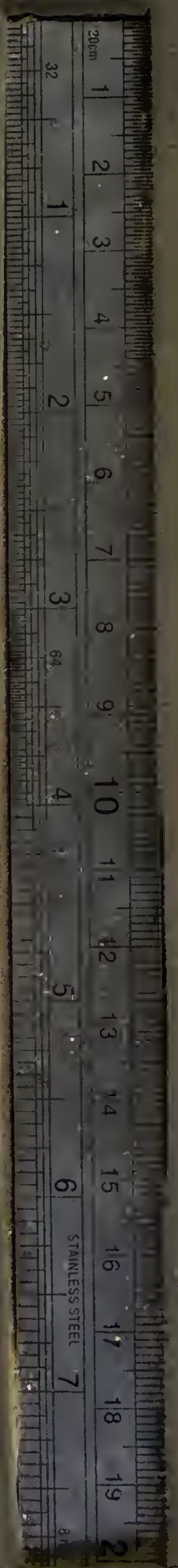
Un punto pure molto discusso fu quello che si riferisce al drenaggio e Lastaria e Candia si dimostrarono favorevoli ad esso nei casi da me specialmente analizzati, e del loro consenso li ringrazio. Quanto alla tecnica dell'appendicectomia, constato con piacere come Resinelli nella sua estesa pratica si attenga egli pure alla formazione del colletto sieroso, pure innicchiando il monconcino nella parete cecale. Certo il metodo da molti seguìto e qui indicato dallo Spinelli e da Pestalozza, di schiacciare l'appendice alla base e di reciderla previa strettura con un laccio di seta o di catgut, è più semplice; ma col colletto sieroso noi eleviamo una barriera di più contro la possibilità di una infezione del monconcino. A Politi, che mi chiese se sistematicamente io esporti l'appendice in ogni caso di ascesso periappendicolare, rispondo di no. Talvolta l'appendice gangrenata trovasi nella cavità ascessuale ed è facile esportarla, tal altra la sua esportazione richiede ricerche indaginose ed allora preferisco tamponare la sacca con garza.

Quanto alla posizione da darsi all'ammalata, Santoro combatte la posizione di Trendelenburg, ma io ho avuto cura di indicare in quali casi la prediliga ed in quali no. A tale riguardo non mi pare convenga essere sistematici.

Ed eccoci infine alla questione intorno alla quale sorse il più vivace dibattito, se in ogni laparotomia convenga asportare l'appendice. Spinelli, e Delle Chiaie si schierano fra i più radicali, Pestalozza fra i più tiepidi, e Resinelli si pone all'incirca nel mezzo con me. Spinelli cita un caso disgraziato occorso a lui di una donna laparotomizzata nella quale a pochi giorni di distanza insorse un'appendicite gravissima, e sia lo Spinelli che il Delle Chiaie accennano a lesioni istologiche dell'appendice, che non si sospettavano col semplice esame e che rilevate costituirebbero una indicazione dell'appendicectomia.

Ora io non nego tali possibilità: ma dico che non sono argomenti sufficienti per sistematizzare. La possibilità che un organo si ammali non può essere argomento valido per esportarlo. D'altra parte io devo dichiarare che in oltre duemila donne da me laparotomizzate nessuna mai si presentò a me per una successiva appendicite, e contro il fatto che in America, e da parte di alcuni in Europa, si nota la tendenza a generalizzare, sta l'altro fatto che il Kelly, che pure era un rappresentante autorevole di tale tendenza, ha fatto molto cammino in senso inverso e che il Mac Naughton Jones da una sua inchiesta fra i clinici di Londra,

desunse che questi non l'asportano se non ammalata. Questo stesso avviso io espressi. Certo non è facile neppure dimostrare quali sieno le alterazioni che ci inducono a fare l'asportazione dell'appendice, perchè molte di tali alterazioni non hanno il significato indiscutibile che da alcuni loro si attribuisce. Conviene ad ogni modo largheggiare trattandosi di operazione di poco momento che esige pochissimo tempo, ed io ho illustrato i criterii ai quali mi attengo e pei quali faccio anche relativamente di rado l'appendicectomia complementare. La vostra osservazione e la vostra esperienza diranno se, come io credo, la verità e la saggezza si trovino nel mezzo.


STAINLESS STEEL


24ColorCard
CameraTrax.com